FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **F. FRANCEY**

Né à Tonnerre le 15 juin 1879
Ancien externe des hôpitaux
Médaille de l'assistance publique

CURE DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

PAR

LA VOIE TRANSVÉSICALE

Président : M. LEGUEU, *professeur.*

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Aug. BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBÉCOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES DEUX GRAND'MÈRES

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

Je dédie ce travail, témoignage modeste d'une profonde affection.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LEGUEU

Chirurgien de l'hôpital Necker
Professeur de clinique des maladies des voies urinaires
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

M. MARION

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
(*Service Civiale*)

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.

Hommage et profonde gratitude.

A LA MÉMOIRE DE MES DEUX PREMIERS MAITRES
D'EXTERNAT

M. le Professeur TERRIER

Membre de l'Académie de médecine
Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié
Commandeur de la Légion d'honneur

M. le Professeur ALBARRAN

Professeur de clinique des voies urinaires
Chirurgien de l'hôpital Necker
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES D'EXTERNAT

M. ANDRÉ PETIT

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

M. RICHE

Chirurgien de l'hôpital Tenon

M. PIERRE DUVAL

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de la Maison municipale de Santé

M. ALGLAVE

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des hôpitaux

M. GOSSET

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de la Salpêtrière
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(Bénévolat et stage)

M. CHAPUT

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'honneur

M. C.-E. SCHWARTZ

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Officier de la Légion d'honneur

M. BALLET

Professeur de clinique de pathologie mentale
et des maladies de l'encéphale
Médecin des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Nous n'oublierons jamais la bonté
de cet excellent maître.

M. DUJARRIER

Chirurgien de l'hospice de Bicêtre

M. POTOCKI

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Accoucheur de l'hôpital de la Pitié
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON AMI

M. le Dr MATHIEU

Chirurgien des hôpitaux
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté

Je vous dois, cher maître et ami, plus que la simple mention de votre nom, je vous dois la reconnaissance d'un élève qui bien souvent a eu besoin de vos conseils et de votre appui et qui a tout appris à votre école.

Guidé par vous dès mes premiers pas, j'aurais voulu que cette thèse fut le reflet de votre enseignement; malgré ma déception, je tiens à déclarer qu'elle vous appartient dans ce qu'elle peut contenir de bien.

CURE DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

PAR

LA VOIE TRANSVÉSICALE

HISTORIQUE

L'idée d'utiliser la voie transvésicale pour fermer les fistules vésico-vaginales est née des insuccès obtenus par voie vaginale et des déboires causés par les méthodes d'obturation indirecte, par le colpocleisis particulièrement.

C'est en effet par la voie vaginale que les premières cures furent tentées et l'accès par cette voie naturelle est encore celui que l'on utilise de préférence de nos jours. Les premiers succès importants furent obtenus par Jobert de Lamballe (1847) par son procédé de cytoplastie par glissement. Plus tard Marion Sims (1852) donna une bonne technique de la cure par avivement qui fut vulgarisée en France par Bozemann ; le procédé américain recueillit à cette époque une ample moisson de succès et sa vogue fut considérable. Ce procédé constituait évidemment un grand progrès mais on re-

connut bientôt qu'il n'assurait pas toujours le succès, car il occasionna, même appliqué par des opérateurs habiles, des insuccès assez nombreux et répétés.

Déjà en 1844 Vidal de Cassis avait émis l'hypothèse que ces échecs tenaient à la mise en tension des sutures par réduction de la capacité vésicale et avait conclu qu'il fallait recourir à un procédé de fermeture indirecte : puisqu'on ne pouvait fermer la fistule, il fallait fermer l'orifice vulvaire en sacrifiant les fonctions génitales, c'est-à-dire faire une épisiorraphie.

Cette méthode fut reprise après les insuccès du procédé américain, mais alors la technique fut améliorée en même temps que la suture fut reportée plus près de la fistule, sur le vagin lui-même ; tel est le colpocleisis dont Simon (de Heidelberg) montra la supériorité (1861).

Encore ces opérations indirectes n'étaient-elles applicables qu'autant que le sphincter vésical était conservé. Quand il était détruit, dans le cas de très grandes fistules par exemple, il fallait recourir à des procédés plus complexes encore et faire déverser les urines dans l'ampoule rectale par création d'une fistule vagino-rectale. L'expérience démontra bientôt que la nouvelle infirmité opposée par cette opération à la première, exposait en plus à de graves complications telle qu'infection vésicale, puis urétérale et rénale, métrite et annexite, formation de calculs dans la poche vaginale.

Dans les cas où l'oblitération de la fistule par voie vaginale devenait impossible, il y avait donc à chercher mieux que ces interventions; c'est alors qu'on pensa à la voie transvésicale.

Déjà Eugène Monod dans son article « Fistules urinaires » du *Dictionnaire encyclopédique* avait émis cette idée : « Il y aurait enfin un moyen d'atteindre directement les fistules vésico-vaginales, ce serait de les aborder par la voie vésicale à l'aide de la taille hypogastrique.

« L'idée qui a déjà été émise pour les fistules vésico-intestinales reste encore dans le domaine théorique, mais elle nous paraît de tous points rationnelle. Peut-être un avenir prochain se chargera-t-il de démontrer qu'elle est encore non seulement praticable, mais qu'elle contient en germe le traitement de choix pour tout un groupe important de fistules urinaires.»

C'est Trendelenburg qui, le premier en 1881, mit en œuvre et préconisa la voie transvésicale, insistant en même temps sur la facilité de cette intervention dans la position inclinée à 45°, dite position de Morand-Trendelenburg qu'il vulgarisa à cette même époque. C'est donc d'une façon très justifiée et a de nombreux titres que l'opération transvésicale des fistules vésico-vaginales ou *cystorraphie interne* peut être dite *opération de Trendelenburg*, bien que la technique première de cet auteur ne soit pas irréprochable.

Trendelenburg fit sa première opération en 1881 puis sa seconde en 1884, il eut deux insuccès qui furent publiés par Willy Meyer (*Archiv. für. Klin., Chir. von Langenbeck* 1884). Dans les deux cas on fut obligé de recourir au colpocleisis. Ces résultats s'expliquent aisément par le défaut de technique précise au début ; aussi Trendelenburg obtint-il dans ses trois interventions consécutives trois succès, en 1888, 1889 et 1892.

Il publia son premier succès en 1890 et insista sur les avantages de la position inclinée qui, dit-il, n'a pas frappé l'attention des chirurgiens autant qu'il l'aurait souhaité. Deux ans plus tard, en 1892, il publia ses deux autres succès et inspira la thèse de Carl Grube (Bonn, 1892). Il s'agissait dans tous les cas précités de fistules inabordables par voie vaginale et qui auparavant auraient été traitées par le colpocleisis. Cet exemple probant de Trendelenburg fut bientôt suivi par quelques chirurgiens allemands : *Braumm* (1889), élève de Trendelenburg et *Madelung* (dont nous n'avons pu trouver le travail); un chirurgien anglais *Mac Gill,* (1890) et un américain *Leopold* dont l'observation fut publiée par Jacob Rosenthal en 1893, dans ce dernier cas il s'agit en réalité d'une fistule vésico-utérine.

C'est peu après, en 1894, que la première tentative fut faite en France par *Pousson,* il publie son observation dans les *Archives provinciales de chirurgie* et commente ensuite la technique à suivre : il préfère *l'avivement* au *dédoublement.* Son élève Teynac défend les mêmes idées dans sa thèse de Bordeaux (1894-1895) et trouve à ce moment un total de 10 observations. La thèse de Doumerg en 1895, inspirée par *Estor*, fait double emploi avec la précédente, aucun cas nouveau n'y est relaté, aucune idée nouvelle n'y est défendue.

Puis les succès se multiplient et les indications opératoires se précisent par la suite. *Segond* apporte une observation en 1900, *Rafin* en 1901 obtient une guérison ; cette observation fait le sujet de la thèse de son élève Thiers. Pour celui-ci les complications vésicales

sont une indication d'intervention par la vessie, mais cette voie reste pour lui difficile et compliquée.

Puis *Delbet*, *Schwartz*, *Imbert* apportent de nouveaux cas et en 1908 dans la thèse de *Surin*, élève de *Villard*, nous trouvons des nouvelles observations de *Denis* (*d'Alger*) et de *Villard*, car les malades de *Rochet* n'ont pas été opérés : au total trois observations nouvelles. *Surin* insiste à juste titre et le premier sur l'importance de la cystoscopie pour reconnaître la situation des orifices urétéraux par rapport à la fistule. *Rochet* et *Muller* en 1910, à propos d'un cas personnel, insistent à nouveau sur le danger que constitue le voisinage des uretères et la façon dont on doit se comporter à leur égard. Signalons enfin que deux interventions de M. *Chevassu* ont fait l'objet de la thèse de Gourvitch, l'une d'elle ayant été rapportée à la Société de chirurgie par M. Michon. A cette occasion les chirurgiens urinaires ont été unanimes à reconnaître les avantages de la voie transvésicale.

Si les urinaires sont actuellement arrivés à avoir l'expérience de cette opération, au moins serait-il juste que les autres chirurgiens ne la considérassent pas comme un procédé d'exception qui aurait son indication plus dans les habitudes des chirurgiens que dans les qualités spéciales de la fistule. Ce n'est pas non plus une voie difficile et d'un accès peu engageant pour quiconque n'est pas habitué aux opérations vésicales, car il suffit de connaître quelques détails de technique et de savoir placer un tube à drainage vésical pour pouvoir entreprendre une intervention qui réalise tous les avan-

tages exigés d'une bonne opération : simplicité, bénignité, efficacité. C'est du moins ce que nous nous proposons de démontrer en étudiant successivement la technique opératoire et les indications de la voie transvésicale.

Nous relaterons enfin six observations nouvelles dues à l'obligeance de notre maître M. Marion. Sur ces six cas, quatre sont des succès complets. De plus trois observations d'Everke, qui ont été omises par les auteurs ayant traité la question, trouveront place dans ce travail.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous indiquerons tout d'abord la technique opératoire suivie par notre maître, M. Marion, dans les cas que nous relatons, puis nous indiquerons et discuterons ensuite les autres procédés opératoires ou plutôt certains points du *modus faciendi*.

I. — Soins préliminaires

Les soins préliminaires à l'opération sont aussi importants, que l'on intervienne par voie vésicale ou par voie vaginale ; ils le sont plus encore lorsqu'on se décide pour la voie haute car leur nécessité s'impose moins à première vue : l'infection vésicale subaiguë ou chronique attire beaucoup moins l'attention que les lésions vulvo-vaginales dont se plaint la malade et qu'on ne peut en tout cas méconnaître quand on fait l'examen de la fistule au spéculum. C'est pourquoi nous rappellerons en détail tous ces soins préopératoires.

II. — Moment de l'intervention

Qu'elle qu'ait été la cause de la fistule, quel laps de temps doit-on laisser écouler après la production de la fistule, ou, si elle a déjà été opérée, après la dernière opération ? La fistule succède-t-elle à un accouchement laborieux et un sphacèle plus ou moins étendu de la paroi vésico-vaginale ? Il faut attendre au moins six semaines, disent Hégar et Kaltenbach, de préférence deux mois ; il est toujours préférable d'attendre longtemps tout en observant comment se comporte la fistule, comment elle se cicatrise, car cette fistule peut se cicatriser spontanément au point d'arriver à guérir seule complètement : il faudra donc attendre que la cicatrisation ait cessé de progresser, la malade conservant pendant ce temps une sonde à demeure. Le progrès de cicatrisation terminé, on pourra opérer sur des tissus souples *six semaines* après cessation de tout progrès spontané de guérison.

La fistule vésico-vaginale succède-t-elle au contraire à une hystérectomie vaginale ou abdominale, généralement hystérectomie large pour cancer du col, il faut attendre de même un mois, un mois et demi avant de dire que la fistule constatée est définitive ; Violet et Murard conseillent de ne tenter aucune opération avant le sixième mois, c'est-à-dire avant d'être assuré que le cancer ne récidive pas. C'est pour n'avoir pas laissé écouler un temps suffisant après la première interven-

tion que, dans une de nos observations (observation XXXII) on aboutit à un échec.

Enfin quand on interviendra après un échec, on ne le fera que deux ou trois mois après celui-ci.

Tels sont donc les délais imposés par l'expérience pour opérer dans les meilleures conditions possibles ; cette condition réalisée, il faut encore préparer soigneusement la vessie et la région voisine.

III. — Préparation de la vessie et du vagin

La vessie est généralement infectée à un degré variable, qu'on pourra estimer approximativement par l'examen des urines , il faut la désinfecter soigneusement et traiter cette cystite par les moyens habituels et variables d'ailleurs suivant son acuité : instillations ou lavages, sonde à demeure, urotropine à l'intérieur. On poursuivra ce traitement jusqu'à ce que les urines se soient clarifiées et on vérifiera, s'il est possible, le bon état de la muqueuse vésicale par une cystoscopie. Si la cystite persistait malgré le traitement, il faudrait conclure à la présence probable de calculs vésicaux et intervenir quand même pour les enlever, sauf à remettre à une époque ultérieure la cure de la fistule elle-même si la muqueuse vésicale est en mauvais état.

De même le vagin et la vulve seront soigneusement désinfectés comme s'il s'agissait d'intervenir par voie vaginale : on traitera l'érythème vulvaire par applications de pommade à l'oxyde de zinc, les ulcérations vaginales par des injections antiseptiques.

La malade sera purgée, lavementée, puis constipée avant l'opération.

IV. — Instrumentation

Pour l'opération même on préparera les instruments habituels : pinces, ciseaux, bistouri ordinaire, bistouri *à manche long coudé sur le plat*, de longues pinces à griffes, droites et courbes, des aiguilles de Reverdin ayant une courbure appropriée : ce genre d'aiguilles suffit toujours aux exigences de l'intervention et point n'est besoin d'aiguilles à pédale que certains opérateurs préfèrent cependant, ni d'aiguilles de Hagedorn. Il est en outre absolument indispensable de se munir d'un écarteur de Legueu avec son dépresseur vésical, écarteur qui suffit à lui seul quand il est bien placé : d'autres valves sont inutiles et ne servent qu'à emcombrer le champ opératoire et compliquer l'opération.

La technique proposée par Teynac est surannée : « on emploiera suivant les cas toute la série des écarteurs dont dispose l'arsenal gynécologique ou plus simplement de longs fils de soie passés à travers les deux lèvres de la plaie et tendus prudemment par des aides intelligents de manière à écarter plus ou moins telle ou telle lèvre ou les deux lèvres de l'incision au gré de l'opérateur ». Aussi un seul aide suffit-il, l'opérateur se place *à gauche* de la malade et l'aide à droite.

Le choix de l'anesthésique importe peu, le chloroforme produit une anesthésie parfaite, mais l'éther le vaut car les mouvements respiratoires du diaphragme

ne gênent pas dans la position déclive, on pourrait même intervenir à la rachianesthésie, ceci dépend des habitudes du chirurgien.

Une condition indispensable est le bon éclairage venant du côté où sera basculé la malade : *on doit voir parfaitement dans une vessie ouverte et écartée*, cet éclairage doit être tel qu'il soit absolument inutile de recourir à une source lumineuse artificielle.

Une seconde condition sera de placer la malade en position de Trendelenburg, position inclinée à 45° qui vide le petit bassin de toutes les anses intestinales et attire la vessie vers la cavité abdominale rendant son accès beaucoup plus facile.

V. — Opération

La région opératoire est passée à la teinture d'iode dédoublée, ainsi que le vagin, pour parer à toute éventualité ; on place une sonde dans l'urètre et la région est circonscrite par des champs : on commence alors l'intervention.

Premier Temps. — *Taille hypogastrique.*

On mène une incision longitudinale médiane longue de 6 à 8 centimètres qui commence juste au-dessus du pubis et divise successivement la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose de la gaine des droits aussi près que possible de la ligne blanche ; on reconnaît en général assez facilement la ligne de séparation des droits de

l'abdomen qu'on écarte et on arrive à la graisse prévésicale. Si l'incision était un peu latérale et si l'on ne trouvait pas de suite l'interstice des droits, il n'y aurait aucun inconvénient à passer au travers des fibres musculaires longitudinalement divisées de l'un d'eux.

Dès qu'on est arrivé sur l'espace prévésical, dont on reconnaît le tissu adipeux, il faut remplir la vessie de liquide à l'aide d'une seringue et d'un embout toutes les fois que les dimensions de la fistule le permettront : l'aide envoie ainsi par la sonde le contenu d'une ou deux seringues ; l'opérateur sent le globe vésical se dessiner au-dessus de la symphyse pubienne, déchire d'un mouvement rapide de son index droit recourbé en crochet la graisse prévésicale : ce mouvement est dirigé de bas en haut, du pubis vers l'abdomen et libère en même temps les attaches du cul-de-sac de réflexion du péritoine que le doigt repousse vers l'abdomen. Il faut bien se garder de pousser le décollement de l'espace prévésical sur les côtés, le décollement de cet espace serait aussi inutile sur le coup que dangereux par la suite. Cette manœuvre n'a demandé qu'un instant, elle a mis à nu la paroi vésicale qu'on reconnaît d'un coup d'œil à la direction de ses fibres ainsi qu'aux veines qui la sillonnent longitudinalement, et tandis que l'index gauche garde contact avec la paroi vésicale, on saisit de la main droite l'aiguille de Reverdin et l'on charge toute la paroi vésicale d'un mouvement brusque d'un côté puis de l'autre de la ligne médiane : un fil de catgut est passé de cette façon de chaque côté, une pince le maintient, la vessie est reperrée et soutenue, on l'ouvre d'un coup de bistouri

plongé verticalement au ras du pubis tranchant en haut et retiré en agrandissant un peu l'incision du côté supérieur : l'eau contenue dans la vessie s'échappe à flots, il faut l'éponger au fur et à mesure et l'évacuer complètement : c'est l'ennui de la distension vésicale par un liquide, mais aucun inconvénient n'en découle. Il est plus facile et plus simple de charger la vessie avant de l'ouvrir que de faire l'inverse. Si la fistule était trop volumineuse pour que l'on pût distendre la vessie par du liquide, on se verrait obligé de rechercher la paroi vésicale derrière la symphyse, la reconnaître et enfin la répérer ; la manœuvre est un peu plus longue.

La vessie ouverte, il faut agrandir suffisamment l'ouverture pour placer facilement l'écarteur de Legueu ; pour cela on tend la portion sus-jacente à la première incision sur l'index et le médius écartés de la main gauche ; de la main droite munie d'une compresse on détache le péritoine adhèrent à la portion que l'on va inciter et le bistouri divise cette portion dont deux fils de catgut repèrent les lèvres, et ainsi de suite on gagne un à deux centimètres chaque fois jusqu'à ce que l'ouverture soit suffisante. C'est donc en partie la paroi vésicale supérieure que l'on divise. Assez fréquemment il arrive d'ouvrir le péritoine à ce moment, ce petit accident opératoire n'a aucune gravité si aucun liquide septique ne vient à tomber dans la cavité péritonéale : aussi maintiendra-t-on la paroi vésicale soulevée en haut. Dès que l'incision vésicale est terminée, un surjet ferme aisément cette petite brèche péritonéale.

L'écarteur de Legueu se place très facilement, on insi-

nue d'abord une valve, puis l'autre ; chaque valve charge sous elle tous les éléments *plus la lèvre vésicale correspondante* ; ceci est un point indispensable pour bien exposer la région. Lorsqu'on s'est donc bien assuré que l'on tient la paroi vésicale on écarte les deux branches et les valves de façon à obtenir entre elles un espace de 10 centimètres environ (voir Planche I). Aussitôt on place le dépresseur vésical postérieur qu'on fixe à l'axe de l'écarteur tout d'abord puis qu'on repousse en arrière jusqu'à obtenir un étalement complet de la paroi inférieure de la vessie : de sorte que, quand on aura asséché la vessie, enlevé à l'aide de compresses les débris ou les petits calculs qui s'y trouvaient, on apercevra la muqueuse tendue et non point mamelonnée et repliée comme dans une vessie vide. Il est dès lors facile d'apprécier l'aspect de la fistule, son siège par rapport aux orifices urétéraux et au col de la vessie, sa forme, ses dimensions, parfois même on découvrira qu'il existe plusieurs fistules. Les orifices urétéraux peuvent être parfois un peu difficiles à voir ; ils se présentent sous l'aspect d'une petite élevure violacée percée d'une fente transversale d'où l'urine s'échappe par intervalles : les éjaculations permettront toujours de les découvrir et si on veut les repérer il sera très facile de les cathétériser. Après avoir examiné la fistule, on observera la muqueuse vésicale du voisinage, son aspect, si elle est enflammée ou non, recouverte d'un enduit phosphatique ou saine ; parfois on découvrira ainsi un petit calcul phosphatique (Chevassu) ou un petit polype (Chevassu). Rien ne sera plus simple que d'en faire l'ablation avant de passer au temps opératoire suivant.

Deuxième Temps. — *Dédoublement des bords de la fistule.*

Le dédoublement est le temps essentiel de l'opération comme lorsqu'on agit par voie vaginale : il faut obtenir par celui-ci deux larges surfaces d'avivement, vésicale et vaginale, mobiles et venant facilement au contact pour la suture. Même si les parois de la fistule semblaient fortement sclérosées, indurées et retractées, on obtiendra toujours du côté vésical autant d'étoffe qu'il en faudra pour combler la perte de substance, c'est-à-dire un lambeau souple, épais et bien vascularisé, alors que la paroi vaginale restera dans ce cas rétractée et tendue et plus ou moins difficile à suturer ; mais qu'importe puisqu'on aura toujours un excellent rideau vésical. Cette mobilisation étendue et toujours possible de la paroi vésicale est un fait de première importance dont il faut être prévenu quand on intervient par la voie vésicale ; Teynac, selon nous, a eu tort de le nier et d'en faire un reproche à la méthode de dédoublement.

Surin y insistait déjà : « S'il s'agit d'une fistule ancienne, la paroi vaginale sclérosée et dure formera un plan résistant au-dessus duquel on mobilisera *la paroi vésicale toujours restée souple.* » Dans l'observation de Denis (d'Alger), le plan vaginal scléreux et friable se déchira sous la traction des fils, tandis que le plan vésical resté souple s'affronta et tint parfaitement. Et même au cas d'adhérences serrées de la vessie avec les éléments de

la ceinture pelvienne comme dans une observation de Marion (observation XXVIII) on pourra libérer la vessie de ces adhérences, soit avec le doigt, soit en s'aidant d'une rugine comme l'a fait Pierre Delbet (observation XVI).

On conçoit que les difficultés de ce dédoublement varient suivant la position des uretères par rapport à la fistule. Prenons d'abord le cas le plus simple, le cas d'une fistule siégeant à distance des uretères et orifices urétéraux. On commencera par exciser avec un bistouri droit le pourtour de l'orifice de la fistule en enlevant une mince bande circulaire dans tous les cas où cette pratique sera facile, on y renoncera si l'on éprouve la moindre difficulté à le faire, car cet avivement du bord de la fistule a bien peu d'importance ; on affronte plus tard les larges surfaces obtenues par dédoublement et non les minces bords avivés ; inutile donc de consacrer du temps à cet avivement. Ensuite on saisit avec une pince à dents de souris le rebord vésical de l'orifice de la fistule en un point et l'on amorce à cet endroit le dédoublement *avec un bistouri coudé sur le plat.* On dédouble ainsi successivement tout le pourtour de la fistule, puis on étend ce dédoublement dans un rayon suffisant pour obtenir une collerette vésicale assez mobile pour que les lèvres en viennent *facilement* au contact d'un côté à l'autre. En procédant à ce dédoublement on ne cherchera pas à découvrir le plan de clivage vésico-vaginal généralement complètement détruit, au pourtour de la fistule du moins, mais on veillera à obtenir un lambeau vésical épais comprenant non seulement la mu-

queuse vésicale, mais aussi la musculeuse, toute la paroi de la vessie en un mot. Enfin, si on a quelque difficulté à opérer le décollement excentrique, on s'aidera de deux incisions latérales partant de la fistule, on aura ainsi deux lambeaux au lieu d'une collerette continue : cette pratique a été suivie par Rafin (observation XV). Plus compliqué sera le dédoublement si les orifices urétéraux sont proches de la fistule. Parfois l'orifice urétéral est très voisin de la lésion, mais on peut cependant aboutir par dédoublement simple comme précédemment. Une sonde urétérale répérant le trajet de l'uretère, on dédouble peu du côté de l'uretère, juste de quoi passer les fils ; inversement on dédouble largement du côté opposé et le résultat est le même. Mais si l'orifice urétéral est situé sur la berge même de la fistule, à plus forte raison si la fistule divise sa portion intrapariétale (observation X de Trendelenburg), il est impossible de placer des sutures sans y comprendre l'uretère ; on est obligé de pratiquer une sorte d'urétéro-cystonéostomie. Pour cela une sonde est introduite dans l'uretère correspondant ; on incise la *muqueuse vésicale seule* sur la saillie de cette sonde en suivant sa direction sur une longueur de deux centimètres environ ; on dissèque ensuite l'uretère sur toute cette étendue, on le récline en haut avec la sonde qui le supporte et on peut alors dédoubler en toute sécurité les lèvres de la fistule. Au moment de placer les sutures on fixe l'uretère à l'angle supérieur de la plaie par quelques points de catgut. Telle est la technique donnée par Rochet et Muller, aussi simple que facile à

exécuter. Ce léger déplacement de l'orifice urétéral doit suffire dans tous les cas, sans qu'il faille recourir à une véritable urétéro-cysto-néostomie, suivie secondairement de la cure de la fistule comme le propose Surin.

Pendant toute la durée du dédoublement se produit une hémorragie en nappe fort gênante pour l'opérateur ; l'aide devra éponger fréquemment le sang épanché avec de petites compresses montées sur une pince.

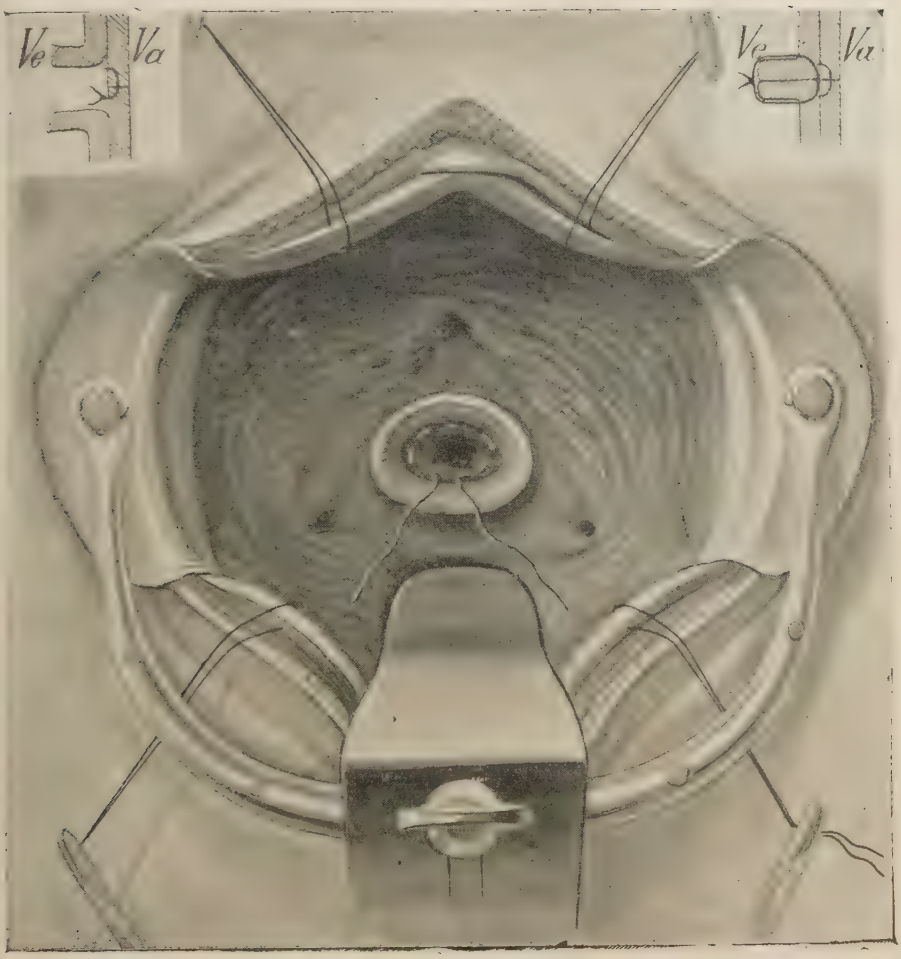
Troisième temps. — *Sutures*

La mise en place des sutures demande quelque soin pour être faite correctement : le suintement sanguin gêne encore à ce moment et la zone avivée est assez profonde, surplombée par la symphyse pubienne de telle sorte que l'aiguille est obligée de l'aborder un peu obliquement. On arrive cependant assez aisément à placer les sutures avec une aiguille de Reverdin de courbure convenable ; l'aiguille à pédale est peut-être plus commode pour qui en a l'habitude.

Il faut d'abord suturer le plan vaginal ; on peut le faire par points séparés ; il est plus simple de passer un fil en bourse autour de l'orifice, et au besoin un deuxième à la limite de la surface avivée quand le dédoublement a été large. Ce fil en bourse affronte bien les parois vaginales de la fistule ; il sera passé dans l'épaisseur même des tuniques vaginales, il ne sera pas perforant, qu'il s'agisse d'ailleurs de points séparés ou de fils en bourse ou encore de surjet comme certains l'ont recommandé. (Planche I).

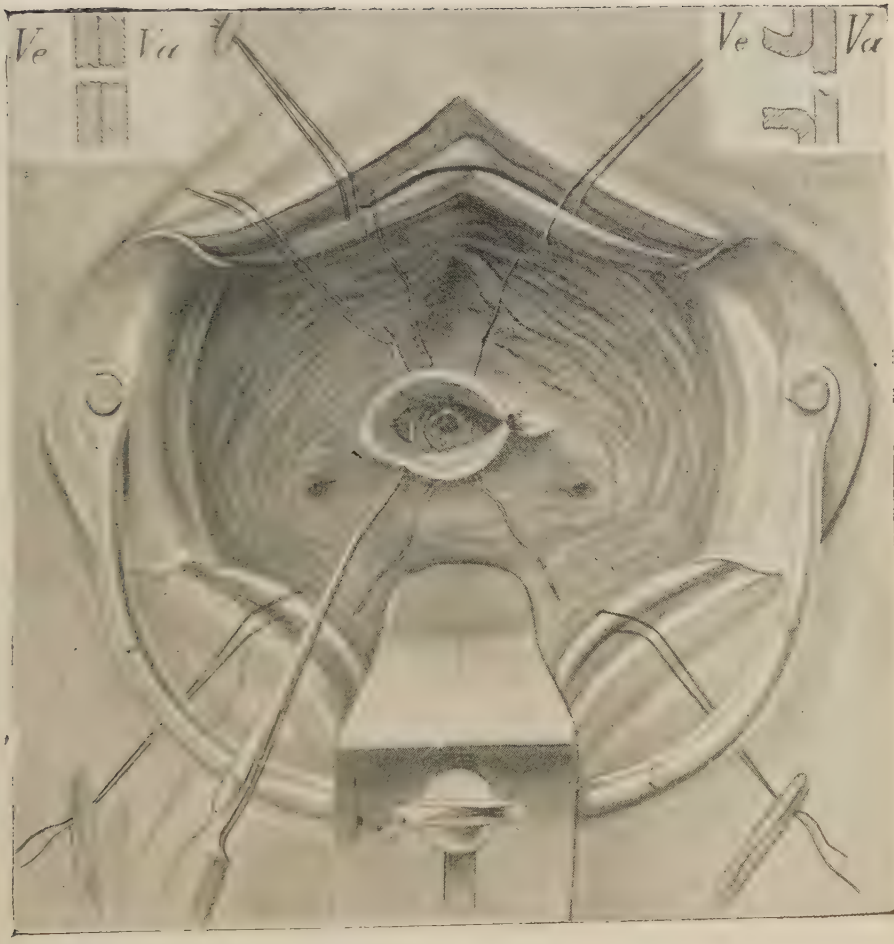
On voit la fistule dédoublée ; le plan vésical est relevé en collerette et laisse voir le plan vaginal sur lequel est passé le fil en bourse.

PLANCHE I


Ve
Va
Ve
Va

Les points séparés sont placés sur le plan vésical
avec l'aiguille de Reverdin et l'un d'eux est déjà noué
On remarquera dans ces deux clichés la position de l'écarteur
placé à l'intérieur de la vessie.

Les points séparés sont placés sur le plan vertical
avec l'aiguille de Reverdin et l'un d'eux déjà nous
On remarquera dans ces deux clichés la position de l'extrémité
place à l'intérieur de la vessie.


Ve
Va
Ve
Va

La suture du plan vésical est facile et se fera par points séparés ou par surjet : l'aiguille passera à la base des lambeaux et à la limite du décollement de façon à ce qu'il ne puisse pas se produire d'accumulation de liquide dans un espace mort laissé entre les deux plans de suture. Une fois tous les fils passés, on les nouera. Il semble tout à fait inutile de placer par-dessus ce plan vésical un surjet d'enfouissement ; c'est un excès de précautions parfaitement inutile. (Planche II).

Pour toutes ces sutures on se servira de catgut : n° 1 pour le plan vaginal ; n° 0 pour le plan vésical.

Une fois toute les sutures placées, on épongera parfaitement toute la cavité vésicale, de façon à s'assurer que la plaie ne saigne pas (au cas contraire on remettrait un fil sur le point hémorragique) et cette dernière révision opérée, on pourra enlever la valve et l'écarteur de Legueu et refermer la vessie et la paroi.

QUATRIÈME TEMPS. — *Fermeture de la vessie et de la paroi*

La paroi vésicale sera fermée en entier sauf près de sa partie inférieure où on laissera un espace suffisant pour placer un drain coudé de Marion ; ce drain doit entrer à frottement dans l'espace qui lui est réservé et sera de calibre moyen. La suture se fera par points séparés ou par deux surjets passés au catgut n° 1 : en tous cas les points embrasseront toute l'épaisseur de la paroi vésicale, sauf la partie la plus superficielle de la muqueuse ; ils passeront, s'il est possible, dans le chorion

même de la muqueuse ; on les placera de bas en haut. Ces points serviront de tracteurs pour placer plus facilement le second plan de sutures, plan de renforcement à la Lambert. Ici encore on aura le choix entre un surjet ou des points séparés : si le surjet affronte mieux et sur toute son étendue, les points donnent plus de tranquillité, l'un deux peut se dénouer et la paroi reste affrontée, alors qu'un surjet lâchera en entier dans de pareilles conditions.

Avec le drainage hypogastrique, il est de plus inutile que la suture soit parfaitement étanche puisque la vessie ne sera jamais sous tension.

Il ne reste ensuite qu'à suturer le plan musculo-aponévrotique à points de gros catgut et enfin la peau aux crins. Le drain coudé est lui-même fixé à la peau par un crin pour éviter tout déplacement et après qu'on se sera assuré de son bon fonctionnement en envoyant une injection vésicale par la sonde. Il est très important de s'assurer que ce drain est au point : en raison de son calibre il n'est pas à craindre qu'il se bouche, mais s'il est trop enfoncé ou pas assez il fonctionnera irrégulièrement et laissera un peu d'urine s'accumuler dans la vessie.

Quant à placer un drain dans l'espace prévésical, c'est inutile si l'on a bien eu soin au début de l'opération de ne pas pousser le décollement de cet espace en dehors de la région médiane.

Le pansement hypogastrique est mis en place et on termine en mettant un tampon de gaze iodoformée dans le vagin et pour plus de prudence une sonde de Pezzer dans la vessie. La sonde à demeure combinée au drai-

nage hypogastrique n'a pas été placée dans tous les cas que nous relatons ; s'il semble préférable en principe d'assurer deux voies d'écoulement à l'urine, en pratique aucun inconvnéient ne s'est manifesté avec l'emploi du seul tube coudé, à condition que les malades soient l'objet d'une surveillance attentive.

VI. — Suites opératoires. Soins consécutifs.

Une surveillance étroite du fonctionnement du drain et de la sonde est indispensable au succès de l'opération : il faudra donc confier la malade à des gardes expérimentées. L'extrémité du drain et de la sonde plongeront dans un urinal de Duchastelet placé légèrement en contrebas, dans une dépression du matelas. Cet urinal sera vidé à heures régulières, tenu propre et nettoyé à fond chaque jour.

La malade sera placée soit dans le décubitus latéral déjà utilisé par Trendelenburg, soit dans le décubitus ventral (Vitrac) plus incommode mais plus sûr pour obtenir le but désiré ; à savoir, que les urines ne viennent pas en contact et ne séjournent pas au niveau de la partie opérée. Cette position sera conservée pendant les premiers jours seulement après l'intervention.

On veillera à la propreté du pansement, on le remplacera s'il est mouillé. S'il apparaît des douleurs vésicales on les calmera par des lavements laudanisés ou des suppositoires belladonés. La mèche vaginale devra être enlevée après quatre jours. Il est inutile de

faire des *lavages de vessie* avec des solutions antiseptiques ou aseptiques: répétés fréquemment, ces lavages ont plus de chance de produire de l'infection que de l'éviter ; donc surveiller le drainage vésical, changer la sonde, s'il y en a une, tous les trois ou quatre jours. Tels sont les détails particuliers des suites opératoires immédiates.

Les fils seront enlevés le neuvième ou le dixième jour et le drain coudé le dixième ou le douzième jour. Si on n'avait pas mis de sonde de Pezzer jusqu'alors, il faudrait en mettre une à ce moment et en surveiller le fonctionnement comme il a été dit. Grâce à la présence de cette sonde, la malade ne mouille pas son pansement et la plaie hypogastrique guérit rapidement, généralement en l'espace de six à dix jours. Nous n'avons jamais observé de fistule hypogastrique persistant dans les cas que nous apportons.

La malade peut commencer à se lever dès que la fistule hypogastrique est fermée, du seizième au vingt-et-unième jour en général. Si à ce moment on vérifie la guérison à la cystoscopie, on voit que la capacité vésicale est en général normale et l'on trouve deux cicatrices linéaires déjà très estompées, l'une au niveau de la taille, l'autre au niveau de la fistule ; la trace des fils est plus marquée, sous forme de lignes blanchâtres croisant perpendiculairement la direction de l'incision. Tous les fils de catgut ont disparu à ce moment, qu'ils se soient resorbés ou qu'ils soient tombés. Pousson prétend que leur portion intrapariétale se résorbe et que leur partie intravésicale tombe et s'élimine trois semaines après l'opération.

Quand l'opération doit échouer, il se fait généralement un suintement d'urine par le vagin peu de jours après l'intervention ; trois ou quatre jours habituellement, mais parfois plus tard et jusqu'au quinzième jour. Mais toujours dans ce cas l'échec est partiel, la fistule a diminué dans des proportions très appréciables.

Il faudra d'ailleurs toujours vérifier chez une malade qui se plaint de perdre encore ses urines après opération qu'il s'agit bien d'une fistule, car il arrive parfois d'observer une *incontinence* d'urine post-opératoire, souvent temporaire, mais parfois définitive ; il faudra alors y remédier par une intervention nouvelle.

Avec la technique que nous préconisons il n'a jusqu'à présent jamais été observé d'accident post-opératoire, pas de calculs secondaires, pas d'infection vésicale ni prévésicale (phlegmons prévésicaux), pas de fistules hypogastriques.

VII. — Discussion de certains points de technique Autres procédés

Premier temps. — *Taille hypogastrique*

Nous avons décrit uniquement la taille verticale, à peu près seule employée de nos jours et qui est, pour nos classiques, le procédé de choix ; c'est l'incision employée par Albarran et Legueu. Cependant la taille transversale fut la première utilisée : elle l'est encore en Allemagne. Comme elle peut paraître préférable à première vue et peut être utilisée si par exemple on

manquait d'un bon écarteur, nous la décrirons rapidement.

C'est par la taille transversale que *Trendelenburg* fit ses premières interventions.

Il menait une incision légèrement concave en haut et parallèle au bord supérieur du pubis en son milieu, puis il sectionnait transversalement les muscles droits et leur aponévrose à leur attache pubienne, enfin il ouvrait transversalement la vessie et fixait la lèvre supérieure de l'incision à la lèvre cutanée correspondante. De cette façon la vessie s'étalait et souvrait d'elle-même. Cette même incision fut utilisée par ses imitateurs, Baumm, Mac Gill, par Léopold aussi qui la transforme en incision en T renversé. *Rochet et Ruotte* l'ont un peu transformée de façon à ne pas détacher complètement des muscles droits de leur attache pubienne ; leur incision respecte la partie la plus externe de chacun des mulcles droits. Mais dans son *Traité de médecine opératoire des voies urinaires*, *Albarran* conseille de couper transversalement tous les éléments que l'on rencontre au devant de l'espace prévésical en passant à deux centimètres au-dessus du pubis ; on répère bien l'extrémité supérieure des muscles droits avant de les sectionner et une fois l'intervention terminée on arrive à suturer facilement les deux bouts des muscles.

Telle est la méthode à laquelle on pourrait avoir recours si on désirait pratiquer la taille transversale ; toutes les méthodes s'accompagnant de résection du pubis sont à rejeter, qu'il s'agisse de résection partielle

définitive (procédé d'Helferich) ou temporaire (procédé de Bramann employé par Trendelenburg dans un cas), ou qu'il s'agisse de résection totale temporaire (procédé d'Ollier). Dans tous ces cas on court au-devant d'une nécrose osseuse qui se produit au contact d'une urine toujours plus ou moins infectée et on risque de compromettre la solidité de la ceinture pelvienne.

La taille transversale pratiquée dans les parties molles est exempte de ces reproches ; elle donne de plus un jour très suffisant dans la cavité vésicale qui s'étale sous les yeux de l'opérateur. C'est même son seul avantage sur la taille verticale ; encore faut-il ajouter que cet avantage est plus évident en principe qu'en fait, car avec l'écarteur de Legueu bien placé on obtient un jour énorme, un accès très facile et tel qu'il est inutile de chercher mieux. A côté de cet avantage, la taille transversale a un très gros inconvénient ou plutôt expose à un très gros inconvénient : à l'éventration ultérieure. Dans ce milieu toujours un peu septique les sutures lâchent, les extrémités des muscles se rétractent, d'où une éventration consécutive relatée dans toutes les observations de Trendelenburg ; on donne à la malade une infirmité à la place d'une autre ; mais bien que la seconde soit préférable à la première comme l'observe Trendelenburg, le mieux est de ne pas s'exposer à cet accident facilement évitable en pratiquant la taille longitudinale.

Deuxième temps. — *Avivement ou dédoublement*

De même que la taille transversale a cédé le pas à la taille verticale, de même l'avivement a cédé le pas au procéde du dédoublement que nous avons décrit.

L'avivement fut employé par Trendelenburg puis par ses successeurs immédiats par Pousson en France et conseillé par son élève Teynac ; le dédoublement fut pratiqué par Duplay, puis par Rafin et c'est actuellement la méthode à peu près exclusivement utilisée. Ce dédoublement large et facile est d'ailleurs une des raisons d'être de la voie vésicale. « Le dédoublement de la paroi vésico-vaginale au pourtour de la fistule, les deux rangs de sutures, l'un profond et extravésical me paraissent en effet devoir être adoptés à l'avenir comme le seul procédé capable d'assurer le succès de l'opération » (Duplay). L'emploi de l'avivement ne saurait plus s'expliquer actuellement que par des conditions tout à fait spéciales : M. Chevassu l'a utilisé dans ses deux observations ; dans la seconde il y a été incité par ce fait qu'il voyait mal la fistule cachée par un repli ; il aviva, mais les bords de la fistule restés rigides ne se rapprochèrent pas. Au contraire, dans la première tentative que fit ce chirurgien, rien n'explique pourquoi il fit emploi de cette méthode sinon qu'en plaçant un fil de chaque côté et à quelque distance de la fistule il observa en tirant sur ces fils la formation d'un entonnoir muqueux dont le fond était formé par la fistule adhérente : rien d'étonnant à ce fait, la muqueuse était restée très

mobile *autour* de la lésion et se laissait attirer alors que, *au niveau* même de la fistule elle restait fixe et adhérente. M. Chevassu aviva l'entonnoir ainsi formé et sutura ses faces, la guérison s'en suivit : il obtint ainsi une guérison heureuse.

L'avivement peut se pratiquer de deux façons : soit par avivement du rebord même de la fistule (excision d'une simple collerette), soit de préférence par avivement d'une large surface vésicale (méthode américaine) en taillant toute une bande de muqueuse autour de la fistule. L'avivement se fait au bistouri, aux ciseaux ou encore à la curette, mais on ne doit laisser aucun îlot muqueux. La surface avivée se suture par des points passant aux limites mêmes de l'avivement, perforant ou non la paroi vaginale; enfin on peut renforcer ce plan de sutures par un autre emprisonnant le premier (Teynac), ou même deux ou trois plans de sutures (Surin).

L'avivement est donc un pis aller, on lui préférera le dédoublement, pas plus difficile mais plus rationnel et plus sûr ; plus rationnel puisqu'il adosse de plus vastes surfaces, et plus sûr puisque ces surfaces viennent au contact sans tiraillement. La crainte de laisser après dédoublement un espace mort où se développerait l'infection propagée le long des fils est un peu chimérique et cesse si l'on a soin de placer les fils de sutures *aux limites mêmes* du décollement.

On peut enfin rendre ce dédoublement plus facile en faisant soulever la paroi vésico-vaginale par un aide. On peut toujours mobiliser cette paroi vers le haut, la rapprocher de l'opérateur et ainsi la rendre plus acces-

sible à la dissection. Pour arriver à ce résultat on utilise suivant le cas un tamponnent vaginal, le ballon de Pertersen, ou mieux le doigt d'un aide muni d'un dé et introduit dans le vagin jusqu'au contact de la fistule qu'il soulève dans le sens et suivant le degré voulus.

Troisième temps. — *Matériel de sutures. Manière de placer les sutures*

On fit au début les sutures avec des matériaux non résorbables, mais on dut se convaincre bien vite par la suite du danger de ces fils. Trendelenburg emploie au début des crins qu'il noue dans la vessie et peu de temps après doit intervenir pour enlever des calculs vésicaux formés autour d'eux. Pousson utilise la soie avec laquelle il fait des points perforants, passant donc par le vagin, mais noués dans la vessie, malheureusement l'observation ne se poursuit pas assez longtemps pour qu'on assiste aux accidents causés par l'apparition des calculs vésicaux. Everke qui employa des soies dans deux cas pour obtenir une suture plus solide de grosses fistules, pensant qu'il retirerait facilement les concrétions par voie urétrale, est obligé dans un cas d'intervenir par taille hypogastrique tant les calculs sont nombreux et volumineux. Rafin qui avait usé de catgut chromé pour faire ses sutures intra-vésicales, en face d'accidents de cystite tenace reconnaît par la cystoscopie que des calculs en sont la cause et voit en opérant que ces calculs se sont formés autour des fils intravésicaux. Il est donc

avéré qu'un matériel de sutures non résorbables ne peut être utilisé pour les sutures perdues du plan vésical car les sels précipitent rapidement à leur contact. Le catgut ordinaire pourra seul être employé pour ce genre de sutures, à moins que les fils d'affrontement passés par la vessie ne soient placés de telle sorte qu'ils ressortent par le vagin et soient noués par cette voie, on pourra alors les retirer avant formation des calculs secondaires à leur surface. Les fils d'argent seraient très recommandables si on pouvait les utiliser de cette sorte (Pousson).

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour passer commodément les fils ou pour éviter de les nouer par la vessie. Mac Gill met un plan de catgut chromé sur le lambeau vésical et noue du côté vésical, un plan de soies (fils de sûreté) sur le vagin et qu'il noue par le vagin. Baumm passe des fils de soie de la vessie dans le vagin en les munissant d'une aiguille à chacune de leurs extrémités et il noue les huit points ainsi placés par le vagin. Pousson au contraire passe d'abord le fil de la vessie dans le vagin, puis du vagin dans la vessie en le nouant avec un autre préalablement passé. Tous ces moyens sont en somme très compliqués et sans aucune utilité ; ils n'ont guère qu'un intérêt historique. Il n'ent faut retenir qu'une chose, c'est que si l'on veut suturer avec des fils non résorbables, il faut passer ces fils avec des aiguilles d'Hagedorn et les nouer dans le vagin par le procédé que l'on voudra, de façon à pouvoir les retirer après cicatrisation obtenue. Mais y a-t-il vraiment utilité à employer des fils non résorbables, le catgut ne

dure-t-il donc pas assez longtemps pour que la cicatrisation soit suffisamment avancée quand il est resorbé ? Contrairement à Everke nous ne le croyons pas. La proportion de guérisons est la même avec le catgut ; les fistules ne se forment pas au moment où le catgut s'est résorbé mais plus tôt en général. Nous avons pu constater en effet chez une malade laparotomisée et ayant fait une désunion brusque de la paroi au douzième jour que le catgut était à ce moment à peu près complètement résorbé dans son traget intra-pariétal. N'est-ce pas précisément au bout de ce temps que l'on enlève les sutures non résorbables ?

Quatrième temps. — *Drainage vésical*

La question du drainage est assez discutée et son importance justifie cet honneur.

Et d'abord est-il bien indispensable de draîner la vessie après une pareille intervention ; de laisser dans sa cavité un corps étranger qui l'irrite et souvent entretient l'infection ? Richelot, Sfaméni, Routier pensent précisément qu'il serait plus simple de cathétériser régulièrement les malades de façon très aseptique. Il n'y aurait aucun inconvénient à laisser accumuler un peu d'urine dans la vessie et la malade resterait plus libre de ses mouvements. Mais précisément nous pensons que des sondages faits par des personnes plus ou moins soigneuses ont plus de chance d'infecter la malade que le drainage permanent. D'ailleurs l'opinion générale est en faveur du drainage vésical.

Quel est donc le meilleur drainage ? Drainage hypogastrique, sonde à demeure ou drainage combiné ?

La sonde à demeure assure un drainage suffisant dans certains cas, quand tout évolue simplement, sans hémorragies vésicales, quand il y a de bons tissus et une vessie peu infectée. Surin, J.-L. Faure, Albarran, Legueu, Duplay et plusieurs autres chirurgiens emploient exclusivement la sonde à demeure. Le modèle le plus employé est la sonde de Pezzer ou encore la sonde de Malécot ou celle de Le Breton ; M. Chevassu préfère une sonde en gomme qui irrite moins la vessie. En effet on reproche à la sonde à demeure de se placer au voisinage de la suture, d'irriter cette région, et d'entraîner des contractions douloureuses de la vessie, conditions défectueuses pour l'évolution de la cicatrisation. Enfin une sonde se bouche facilement en raison de son petit calibre, un caillot ou un grumeau suffit, qui plus est, elle se déplace, n'est plus au point ou même tombe complètement : au total la sonde seule donne une fausse sécurité. Tels sont les graves reproches qu'on lui fait.

Le drainage hypogastrique est en général préféré ; Trendelenburg le pratiquait pendant huit à quatorze jours, se servant d'un tube en T ; de même Pousson, Rafin, Teynac le recommandent pendant les premiers jours et donnent ensuite la préférence à la sonde à demeure. Ce drainage peut s'effectuer avec un tube de Guyon-Périer, mais le tube coudé de Marion fonctionne mieux et doit lui être préféré. Ce mode de drainage est beaucoup plus sûr que la sonde ; on lui reproche d'a-

morcer les éventrations, mais ce reproche n'est pas fondé ; de prédisposer aux fistules hypogastriques : cette critique ne peut s'appliquer que bien rarement et d'ailleurs qu'importe, il est bien facile de guérir ces fistules par une très petite opération complémentaire.

Enfin le *drainage combiné* satisfait les plus difficiles, ceux qui veulent obtenir un asséchement continu de la vessie. Surin recommande de le pratiquer au moyen d'un tube perforé formant anse, passant par l'urètre, la vessie et sortant par la plaie hypogastrique. C'est certainement là un moyen de toute sécurité.

En somme pour cette question du drainage il est bien difficile de dire quel est le meilleur, chacun ayant tendance à employer de préférence tel ou tel procédé. Il est juste de dire aussi que la conduite à tenir pourra varier suivant les cas (Surin), d'après le siège de la fistule et le degré d'infection de la vessie.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Il s'agit de déterminer dans quels cas on pourra recourir à la voie transvésicale, voie compliquée qui oblige à traverser l'hypogastre et à ouvrir la vessie ; il ne s'agit donc nullement de poser la voie transversale en rivale de la voie vaginale, qui sera toujours la méthode de choix quand son exécution sera facile.

On ne saurait recommander l'usage d'une voie artificielle quand la voie naturelle suffit elle-même pour obtenir la guérison cherchée. Ce que nous devrons donc définir ce sont les conditions dans lesquelles la voie vaginale doit être considérée comme insuffisante ; en un mot donner les indications propres de chacune de ces deux méthodes.

Puis nous mettrons en parallèle et opposerons la voie vésicale aux méthodes plus complexes de fermeture directe ou indirecte des fistules vésico-vaginales, particulièrement à la voie transpéritonéale.

Pour arriver à ce but nous considérerons tout d'abord quelles indications découlent de la fistule elle-même, de son origine, sa forme, ses dimensions, son siège et

ses complications. Puis, munis de ces renseignements, nous essaierons d'attribuer à la voie transvésicale la place qui lui convient relativement aux autres méthodes de cure des fistules vésico-vaginales.

I. — Indications tirées de la fistule elle-même

1) Origine. — *L'origine,* la cause de la fistule n'ont par elles-mêmes que peu d'influence sur le choix du procédé, bien que la fistule garde de son origine un état anatomique propre : l'étiologie ne joue qu'un rôle indirect que la suite de cette étude mettra en évidence.

2) Dimension. — *Les dimensions* peuvent être très variables et, tant qu'il s'agit de fistules petites ou même minuscules, de fistules moyennes grosses comme le doigt ou encore de très grosses fistules aucune indication opératoire spéciale ne découle de ces considérations, du moins si un facteur spécial ne vient s'y ajouter, nous voulons dire la *destruction* du sphincter vésical.

Cette destruction du sphincter vésical s'observe généralement dans les fistules de dimensions considérables, quand il y a déjà destruction d'une très grande partie de la paroi vésico-vaginale, du col de la vessie et de l'urètre, à tel point que les deux cavités, vessie et vagin, n'en forment plus qu'une seule, plus ou moins irrégulière, dans laquelle on reconnaît assez confusément les limites primitives de chacune d'elles.

Une pareille destruction succède d'habitude à un accouchement laborieux, le séjour prolongé de la tête

fœtale dans le petit bassin entraîne un sphacèle très étendu de la paroi vésico-vaginale et urétro-vaginale avec destruction partielle ou totale du sphincter vésical. Il est précisément parfois difficile de savoir si le sphincter est détruit complètement ou non ; chaque fois que l'on aura espoir de pouvoir reconstituer le col de la vessie et la cavité vésicale, il faudra le faire et ne pas désespérer du succès de l'intervention même si l'opérée garde de l'incontinence assez longtemps après l'intervention. P. Berger (*Bull. de la Soc. de Chirur.*, 1897) a vu ainsi guérir une très vaste fistule vésico-vaginale qui s'accompagnait de destruction partielle du col vésical puisque celui-ci avait perdu sa perméabilité ; or, par la suite, l'incontinence s'améliora peu à peu tandis que le sphincter reprenait ses anciennes fonctions et se « sphinctérisait ».

Concluons donc en disant qu'il faudra toujours tenter de fermer une fistule vésico-vaginale, fût-elle énorme ; qu'on le fasse par voie vaginale ou transvésicale suivant les besoins de la circonstance ; les procédés d'occlusion indirecte ne doivent être discutés ou employés qu'à défaut de toute autre ressource.

3) Siège. — *Le siège* de la fistule a beaucoup plus d'importance pour décider du procédé, il suffit pour en démontrer l'importance de rappeler brièvement la constitution anatomique de la région où siègent les fistules vésico-vaginales.

Les deux tiers supérieurs de la paroi antérieure ou supérieure du vagin sont accolés à la paroi inférieure ou base de la vessie qui « répond dans toute son éten-

due à la paroi supérieure du vagin » (Paul Delbet). Or la base de la vessie comprend deux parties très différentes, l'une antérieure ou inférieure, le trigone vésical, l'autre postérieure ou supérieure appelée le bas-fond. Cette dernière portion ou bas-fond repose sur la partie la plus élevée du vagin, la partie juxta-cervicale, l'union est assez lâche à ce niveau entre les deux organes et se fait par du tissu cellulaire que l'on peut facilement diviser. Il existe donc un plan de clivage facile à trouver et facile à diviser puisque aucun organe ne s'interpose à ce niveau entre la vessie et le vagin. La partie terminale des uretères occupe il est vrai la partie la plus externe de ce plan de clivage. Ces conduits, après avoir croisé les culs-de-sac latéraux du vagin à distance, viennent s'accoler et s'unir plus ou moins intimement à la paroi antéro-latérale du vagin se plaçant entre le vagin et la vessie. Donc à ce niveau les uretères sont encore très en dehors de la ligne médiane et d'autre part assez facilement mobilisables dans ce tissu cellulaire lâche qu'ils traversent accompagnés de quelques vaisseaux.

Les rapports changent quand on considère le trigone vésical, zone où siègent le plus fréquemment les fistules vésico-vaginales. Ce trigone vésical correspond à peu près exactement sur la paroi vaginale au triangle de Pawlick et c'est à la base de ce trigone et aux angles de cette base que viennent se terminer les uretères. Ces conduits ont perforé la paroi vésicale dans un trajet oblique en bas, en avant et en dedans, traversant la musculeuse puis la muqueuse pour s'aboucher enfin aux orifices urétéraux qui forment les angles du trigone.

Quant à la base qui les réunit, elle est nettement marquée par le muscle interurétérique. La distance qui sépare ces orifices présente un certain intérêt, disons d'abord que cette distance est extrêmement variable d'une part d'après les auteurs et d'autre part d'après l'état de replétion de la vessie. Prenons une opinion moyenne et disons avec Gosset que cette distance, la vessie étant vide, mesure deux centimètres environ. Mais à l'état de distension vésicale les uretères se trouvent à quatre ou cinq centimètres l'un de l'autre. Tout le reste du trigone se trouve au contraire au-dessous de l'abouchement de ces canaux ; c'est donc une zone beaucoup moins dangereuse mais dont le dédoublement est bien moins facile que ne l'était celui du bas-fond ; le tissu cellullaire interposé à la vessie et au vagin est devenu ici très serré, les organes adhèrent, le plan de clivage est plus difficile à mettre en évidence.

D'autant que cette disposition normale se modifie encore quand existe une fistule vésico-vaginale, le tissu cellulaire se densifie et se sclérose toujours à une certaine distance de la fistule.

D'après ces brèves données anatomiques on conçoit que les fistules vésico-vaginales offrent à l'opérateur des difficultés dont l'importance varie avec leur siège, suivant qu'elles sont hautes ou basses, médianes ou latérales.

Le siège en hauteur nous permet de distinguer avec Rochet différentes catégories de fistules vésico-vaginales :

1° Les vésico-vaginales basses ou moyennes qui oc-

cupent la partie inférieure du trigone vésical, c'est-à-dire la zone sous-jacente au bourrelet interurétérique ;

2° Les fistules hautes qui siègent dans la région comprise entre les uretères a leur terminaison et

3° Une variété dite très haute s'appliquant aux lésions qui, voisines du col de l'utérus, empiètent parfois sur lui, devenant ainsi de véritables fistules vésico-utéro-vaginales consécutives pour la plupart à un accouchement. Celles-ci intéressant le col sont difficiles à aviver par le vagin et il vaut mieux en cette circonstance intervenir par voie haute.

Plus la situation d'une fistule est élevée, plus on aura de difficultés à l'atteindre, à la bien voir, à la bien abaisser par voie vaginale, en principe du moins, car d'autres facteurs viennent s'ajouter qui modifient l'état des choses. C'est ainsi qu'une fistule haut située s'opérera facilement par le vagin si elle n'est pas adhérente alors que pour une fistule basse mais adhérente et par suite inabaissable on interviendra de préférence par voie transvésicale.

Le siège en hauteur est donc une considération d'ordre secondaire et dominée par un autre facteur plus important, la mobilité. Il ne faut pas oublier cependant que toute fistule élevée occupe l'espace interuretéral et que si l'on n'a pas à craindre le voisinage trop immédiat de ces conduits, en cas de fistule petite et médiane, il en est tout autrement quand la fistule est vaste et un peu latérale, cas très fréquent. Dans ces circonstances l'orifice uretéral peut être plus ou moins proche du bord de la lésion : on dira (Rochet et Muller) qu'une

fistule voisine les orifices uretéraux lorsque la distance qui les sépare est inférieure à un centimètre. Mais dans certains cas ces canaux peuvent être si rapprochés qu'ils occupent le bord même de la fistule et y débouchent ; nous citons à la fin de nos observations deux cas de Rochet de cet ordre. Il peut même arriver, d'après le siège plus ou moins élevé de cette fistule, que celle-ci soit taillée à l'emporte-pièce dans le trajet intrapariétal de l'uretère ; Trendelenburg du reste nous rapporte une observation de ce genre.

Un autre cas encore : s'il existe une fistule du bas-fond vésical il se peut que l'uretère soit atteint plus haut encore, dans son trajet extra-vésical, la lésion intéressant alors à la fois le vagin, la vessie et l'uretère, il s'agira d'une fistule vésico-uretéro-vaginale comme dans notre observation XXXI. Il ne suffira plus pour obtenir le succès de traiter la lésion vésico-vaginale mais encore faudra-t-il fermer la fistule uretéro-vaginale.

Plusieurs procédés ont été proposés pour atteindre ce but, les uns respectant la situation de l'uretère, les autres déplaçant ce conduit par uretéro-cysto-néostomie. Si le rein correspondant est lésé, l'autre étant parfaitement sain, on aura avantage à faire une néphrectomie comme l'a fait M. Marion dans l'observation précitée (XXXI).

De toute cette étude il faut conclure que le voisinage proche de l'uretère par rapport à la fistule constitue un gros danger opératoire lorsqu'on intervient par voie vaginale car on ne peut, le plus souvent, recon-

naître sa proximité et on peut suivant le temps opératoire le prendre ou le blesser : on peut le sectionner en dédoublant la paroi vésico-vaginale, plus souvent encore on risque de le prendre dans les sutures après dédoublement large et dans tous ces cas on court au-devant d'un échec certain. Le rein entrant en rétention devient douloureux puis les sutures distendues à l'excès tendent peu à peu à lâcher, la fistule se reconstitue alors que la rétention rénale peut avoir été l'occasion d'une infection plus ou moins prolongée.

Au contraire cet accident est très facilement évité par la voie transvésicale, il suffit de prendre la précaution de repérer les orifices urétéraux dès l'ouverture de la vessie et son étalement, et c'est probablement pour avoir négligé cette précaution qu'Everke dans l'un de ces cas (observation XVIII) prit dans ses sutures intra-vésicales les deux uretères. Il est vrai que dans ce cas l'auteur n'avait pu obtenir une bonne exposition de la fistule.

Si donc on se trouve en présence d'une fistule élevée on craindra toujours le voisinage des uretères et si on ne peut s'assurer par cystoscopie qu'il existe un espace suffisant entre eux et la fistule on abandonnera la voie vaginale pour recourir à la voie vésicale beaucoup plus sûre dans ce cas. La cystoscopie est-elle impossible ? *il sera toujours plus prudent* d'opter pour la voie vésicale dans une fistule élevée car on ne peut se fier à aucun autre signe pour localiser exactement les uretères, ni aux données anatomiques qui sont très modifiées, ni aux signes cliniques impuissants à renseigner hor-

mis le cas où on verrait un orifice sur le bord même de la fistule, sur la muqueuse en ectropion. Quelques cas probants sont là pour démontrer la validité de ce principe sur lequel Rochet et Muller puis Gourwitch ont insisté (observation de Rochet et deux cas de Segond). Certes le danger de la prise des uretères par les sutures est déjà un excellent argument en faveur de la voie que nous préconisons mais il en est un autre aussi qui a valeur égale au moins, c'est l'existence de sclérose autour et à distance de la fistule.

En effet parmi les *complications* qui peuvent se surajouter à la fistule, la sclérose périfistulaire prend une place de premier ordre ; c'est pour ainsi dire l'indication forcée de la voie haute et particulièrement de la voie transvésicale car, suivant que cette sclérose existe dans telle ou telle proportion, la fistule devient abaissable ou non, opérable ou inopérable par le vagin. Il faut en cette circonstance se souvenir que la première qualité d'une bonne intervention surtout quand il s'agit d'une fistule vésico-vaginale est la bonne exposition de la région opératoire, il faut « y voir clair ».

II. — Complications

1° *Sclérose périfistulaire.* — Alors qu'au besoin on pourrait transgresser les conditions précédentes et particulièrement l'indication donnée par la situation des uretères, il est absolument impossible de méconnaître

l'obstacle que constitue une sclérose cicatricielle des bords même de la fistule qui lui donne un aspect caractéristique, blanchâtre et rétractile. On peut d'ailleurs rencontrer en plus de cette sclérose périfistulaire des brides vaginales et des brides pelviennes à distance.

2° *Brides et sclérose vaginales.* — Les brides vaginales accompagnent fréquemment les fistules vésico-vaginales et se présentent alors, soit sous forme de plis à directions variées, plis rigides et saillants dans la cavité vaginale qu'ils obturent en partie, masquant la fistule, cachant le col utérin qui devient parfois inaccessible à toutes recherches, soit sous forme d'une induration généralisée du vagin tant elles sont rapprochées. Le vagin est alors dur, comme cartonné, inextensible et surtout extrêmement rétréci, parfois comme dit Surin il est comme oblitéré.

La seconde forme peut être l'aboutissant de la première par contact et fermentation de l'urine, retenue derrière ces brides. Des ulcérations se créent et une inflammation lente et continue viendra engendrer la rétraction généralisée au vagin.

Ailleurs, brides ou induration sont le résultat d'un sphacèle étendu du vagin consécutif à un accouchement, la cavité vaginale ayant souvent alors disparu en partie et c'est dans ces cas qu'on trouve, associée aux brides vaginales, la sclérose à distance. En ce cas il s'agit de brides qui traversent la cavité pelvienne et relient le vagin et la vessie aux parois osseuses du bassin ; ces brides ne se voient pas mais elles se sentent quand on veut abaisser la fistule par voie vaginale.

En saisissant le col ou le fond du vagin avec une pince de Museux et en l'attirant on sent alors se tendre des cordes dont la direction peut être variable en même temps qu'on constate que la fistule est inabaissable. Parfois même ces brides ont déjà attiré et dévié de leur côté la vessie et le vagin. Ces cordes peuvent se porter en avant et s'attacher aux branches supérieures ou inférieures du pubis, ou se porter en dehors en suivant la base du ligament large et s'attacher aux parois latérales du bassin. C'est particulièrement à la suite d'hystérectomie totale que se forment ces brides, nous dit Michon. Enfin parfois il existe même des tractus qui vont se fixer jusqu'en arrière à la paroi postérieure du pelvis en contournant le rectum.

On voit en somme que toutes ces brides résultent de la transformation des ligaments périutérins, le paramètre s'est sclérosé, les brides ont la même direction que les ligaments normaux, cependant nous devons ajouter que parfois il n'existe pas de brides d'attache mais bien de véritables zones d'adhérence par contact, par fusion semble-t-il de la cavité vésicale éventrée avec les os du pubis en avant, tels les cas de Delbet (observation XVI) et Marion (observation XXVIII).

Que conclure de tous ces faits ? Evidemment la sclérose vaginale, les brides cicatricielles du vagin peuvent s'améliorer, disparaître en partie par un traitement convenable toujours assez long, consistant en dilatations du vagin par des tampons ou des boules de Bozemann : mais ce traitement préopératoire demande de la patience et de plus on n'obtient jamais une voie va-

ginale large, souple, se prêtant facilement à l'opération, présentant un bel accès. Même avec des incisions libératrices on reste gêné alors que si l'on intervient par voie vésicale la sclérose de la lèvre vaginale ne gêne en rien, la muqueuse *vésicale restant toujours souple et facile à amener.*

3° *Brides pelviennes.* — Les *cordes pelviennes* n'ont plus le même inconvénient, elles n'obturent pas le vagin, du moins quand elles existent seules ; la voie d'accès reste donc libre, mais on ne peut abaisser la fistule qui reste attachée directement ou indirectement par le vagin ou la vessie à la ceinture pelvienne.

Dans ce cas rien n'y fait et l'opération par voie vaginale est toujours difficile et expose à un insuccès. C'est ainsi que l'on opérait 10, 15 fois de suite des malades qui gardaient leur infirmité et l'on avait d'autant moins de chance de les guérir que les tentatives se multipliaient davantage : à chaque intervention le vagin devenait moins souple. Il est juste d'ajouter cependant qu'une part des insuccès de la voie vaginale revient certainement à une technique plus ou moins étudiée : Ricard a pu guérir après une seule intervention une malade opérée 13 fois auparavant par la même voie.

Quoi qu'il en soit nous conclurons que la sclérose étendue du vagin ou les brides rétractiles qui amarrent la fistule sont une raison majeure qui doit décider de l'intervention par la vessie.

4° *Conditions physiologiques spéciales.* — Certaines conditions anatomiques peuvent d'ailleurs amener à la même conclusion ; la conformation d'un vagin étroit et

profond ou encore le jeune âge de la malade, comme dans le cas de Pousson ; le vagin est alors trop étroit, les branches ischio-pubiennes sont encore trop rapprochées pour qu'on puisse obtenir un accès large et facile par le vagin.

5° *Absence de col utérin.* — Alors même qu'aucun des obstacles précédents n'existe on peut encore avoir avantage à préférer la voie haute quand la fistule est consécutive à une hystérectomie totale vaginale ou abdominale ; c'est-à-dire quand manque le col utérin. La fistule devient alors difficilement abaissable puisqu'on n'a plus de prise sur le col utérin pour servir de tracteur, et comme le dit très bien J.-L. Faure « lorsque l'utérus manque ou que l'abaissement est impossible pour une raison quelconque, l'opération qu'il faut faire au fond du vagin devient beaucoup plus difficile et c'est alors qu'il faut avoir recours à cet outillage spécial : larges bistouris coudés de différentes façons, larges ciseaux droits, coudés ou courbés, chasse-fils, etc... et tous les instruments ingénieux que l'on trouve dans les boîtes à fistules vésico-vaginales ». L'opération vaginale doit être abandonnée chaque fois qu'elle se départit de sa simplicité. Cependant dans ces cas Hartmann (Soc. de Chir., 7 février 1912) déclare qu'on peut très bien s'amarrer autour de la fistule avec des pinces de Museux et attirer la base d'un cône dont la fistule fait le sommet ; il serait alors facile d'exécuter le procédé de Braquehaye en dédoublant de la base du cône vers son sommet suivant la technique qu'il a décrite.

6° *Cystite et péricystite.* — A côté de ces compli-

cations vaginales il existe des complications *vésicales* dont l'importance est également à considérer pour le choix de l'intervention.

On a dit que l'existence d'une cystite devait être considérée comme une contre-indication de la voie vésicale. Si en effet on se trouve en présence d'une cystite au stade inflammatoire et qu'on opère sur une muqueuse congestionnée et friable les sutures ne tiendront pas, elles couperont et l'insuccès sera certain, tel fut le cas de M. Chevassu.

Si d'autre part la cystite est de date ancienne et se trouve à la phase scléreuse avec sclérose péri-vésicale, péricystite chronique comme celle que l'on trouve chez les prostatiques, alors la capacité vésicale sera réduite à tel point qu'on ne pourra, même par cette voie, obtenir un bon jour et que l'opération transvésicale ne sera pas préférable à une opération vaginale en cas de vagin scléroré.

A cette argumentation on peut répondre : d'abord que la *cystite* aussi grave et gênante est une complication en somme assez rare des fistules vésico-vaginales et dans les six nouveaux cas que nous rapportons nous n'en trouvons aucun ; ensuite qu'un traitement préalable convenable peut en triompher, enfin que si l'on trouve à l'opération une muqueuse sans résistance le mieux sera de ne pas tenter la cure de la fistule dans le même temps, mais bien d'opérer en deux ; le malade aura tout avantage à garder sa dérivation hypogastrique, pour laisser la vessie au repos ; on pourra de la sorte agir plus facilement sur la cystite et dans un second temps,

le moment venu, on fermera la fistule vésico-vaginale elle-même.

Quant à dire que la *péricystite,* la rétraction de la vessie peuvent constituer un obstacle à l'emploi de la voie vésicale c'est une vue théorique, sans valeur pratique ; toute vessie se laisse distendre suffisamment avec l'écarteur de Legueu placé à son intérieur pour qu'il soit possible d'obtenir un jour suffisant, très suffisant, par la voie vésicale. Aussi Vidal (de Cassis) a-t-il encore poussé cette considération à l'excès en prétendant que les échecs de la voie vaginale étaient imputables au manque de capacité vésicale et à la tension des parois, conclusion qui l'amena à défendre l'épisiorraphie qui guérissait en agrandissant la cavité vésicale.

La cystite d'ailleurs peut être l'origine de *calculs vésicaux* secondaires, les sels phosphatiques se déposent au cours de la fermentation des urines et se fixent soit sous forme de « vernis phosphatique » (Thiers) sur la paroi enflammée, soit sous forme d'incrustations calcaires localisées soit sous forme de calculs plus ou moins adhérents ou friables dont M. Chevassu observa un cas (observat. XXVI). Il est même arrivé à M. Chevassu de découvrir un petit polype vésical qu'il enleva par la même occasion qu'il traitait la fistule vésico-vaginale (observat. XXV).

L'existence de complications semblables est évidemment de nature à appuyer une décision en faveur de la voie vésicale mais insuffisante à y décider à elle seule car on peut employer contre ces complications un traitement par les voies naturelles. D'ailleurs il faut re-

connaître leur existence et précisément de semblables complications n'ont souvent aucune traduction clinique, ni hémorragies ni douleurs. Il faut alors recourir à la *cystoscopie* pour en affirmer l'existence.

III. — Utilité de la cystoscopie

Surin le premier, Gourwitch ensuite insistent à juste titre sur l'utilité d'une exploration vésicale par cystoscopie chaque fois que la chose sera possible et c'est assez fréquent ; chaque fois que la fistule est petite les liquides sont retenus suffisamment longtemps (entropion muqueux) pour qu'on puisse pratiquer une cystoscopie avec cystoscope à prisme. Donc si la vessie se laisse distendre assez on recherchera les orifices uretéraux, on les repérera par rapport à la fistule s'aidant au besoin, s'ils sont difficiles à voir, enfouis sous un repli ou cachés dans une dépression, d'une injection préalable d'indigo-carmin ou de bleu de méthylène.

Cette exploration indispensable étant faite on fera un examen rapide de la vessie et de la sorte on reconnaîtra calculs, polypes ou lésions muqueuses quand ils existent. On voit donc l'importance d'une cystoscopie avant opération d'une fistule vésico-vaginale. On devra la tenter toujours et si elle est impossible il sera bon de recueillir quelques renseignements indispensables comme la situation des orifices uretéraux par la cystoscopie à vision directe.

On peut enfin donner comme dernier argument en

faveur de la voie vésicale ce fait qu'on a observé parfois des *hémorragies* intravésicales à la suite d'opération vaginale ; hémorragies dont les caillots viennent obstruer la sonde à demeure et compromettent le succès de l'opération.

IV. — Indications de chaque voie

Puisque nous savons quels arguments plaident en faveur de la voie transvésicale, voyons quelle place nous devons lui donner comparativement aux opérations par voie basse et par voie haute, et aux procédés de fermeture indirecte.

1° VOIE VAGINALE

La voie vaginale, voie naturelle s'impose chaque fois qu'on se trouve en présence d'une fistule simple, c'est-à-dire pas trop haute et abaissable facilement, située à distance suffisante des uretères. C'est alors la voie de choix et dans ces cas on ne devra même pas songer à lui préférer la voie vésicale même si la lésion est très étendue. La dimension de la fistule n'est pas une contre-indication et par tous les procédés on est souvent obligé d'avoir recours à plusieurs interventions successives pour arriver à oblitérer complètement la fistule. Nous dirons même qu'une fistule énorme, s'accompagnant d'une destruction partielle de la vessie et de son sphincter peut très bien se fermer par voie vaginale telle l'ob-

servation de Bazy dans laquelle il reconstitua non seulement une cavité vésicale, mais un canal urétral qui contournait la symphyse et s'ouvrait en avant d'elle : une pelote venant le rendre continent par pression contre la ceinture pelviennne. Au contraire les fistules *compliquées* auront avantage à être traitées par voie haute, ces fistules s'accompagnant de brides, de rétractions vaginales, de cloisons avec attaches à la ceinture pelvienne. Dans ces cas même, une bonne préparation du vagin par dilatation et même débridement est insuffisante « malgré ces opérations, dit Legueu, un vagin retréci, bridé de tractus cicatriciels, reste une mauvaise voie pour l'accès de la fistule, même avec le débridement vulvaire de Chaput ». Si on a recours à l'incision vulvaire de Chaput l'opération perd de sa simplicité, oblige à une mutilation du périnée pour ne pas donner toujours un jour excellent : alors pourquoi ne pas préférer la voie transvésicale qui donne toujours une très bonne exposition de la région opératoire, un jour meilleur et au moins autant de facilité : puisqu'il faut une incision complémentaire autant la faire à l'hypogastre qu'à la vulve.

De même lorsqu'on aura à fermer une fistule juxtacervicale, empiétant plus ou moins sur le col utérin, fistules dont la suture peut être très difficile du côté du vagin, la lèvre vaginale étant rigide et immobile, il vaudra mieux faire une opération transvésicale que de tenter d'obturer la fistule par *hystéro-cléisis-vésical*, procédé défectueux qui consiste à suturer la portion inférieure de la fistule à la lèvre postérieure du col utérin, en sorte que toutes les sécrétions intérieures passent

par la vessie, l'infectent ou inversement, que l'infection remonte de la vessie à l'utérus et aux annexes.

Quant aux procédés de cytoplastie par glissement de Jobert, d'incision para-vaginale de Schuchardt, ainsi que la voie ischio-rectale de Michaux, le procédé d'abaissement intra-vaginal de l'utérus suivi par Freund, ce sont des voies trop détournées et dont l'emploi est resté tellement isolé qu'il est même inutile d'en discuter l'opportunité.

2° VOIE HAUTE

1° *Voie transvésicale.* — Puisque la voie vaginale est la voie de choix, il est évident que la voie haute vit des contre-indications de ce procédé, la question étant précisément de trouver les frontières du domaine de chacune. Trendelenburg réservait son opération uniquement aux fistules inabordables par le vagin. Thiers n'ose pas étendre davantage le domaine des opérations transvésicales qu'il considère commes graves et difficiles. « La première (opérat. vaginale) permet, sauf les rares cas dont nous avons à nous occuper, d'aborder et de réunir par la voie la plus directe et avec le moins de sacrifices ces fistules que la deuxième (voie vésicale) doit atteindre au milieu de grandes difficultés et au prix de douloureuses complications. Quoique exceptionnellement indiquée et d'un manuel opératoire difficile, la voie vésicale présente néanmoins son utilité. » Teynac se prononce de la même façon, « c'est une intervention grave, difficile, compliquée et qui n'a sa raison d'être que lorsque la fistule à laquelle elle doit s'adresser ne peut être at-

teinte par la voie vaginale ». On conçoit aisément qu'avec cette notion de la gravité d'une opération transvésicale ces auteurs n'aient point cherché à étendre les indications de la voie vésicale. Surin, élève de Villard, puis récemment Gourvitch, élève de Chevassu, ont étendu ces indications autant qu'on le devait faire et nous reconnaissons à leur suite qu'on devra opérer par voie tranvésicale toutes les fistules très hautes, inabaissables par fixité ou absence de col utérin, toutes les fistules enfin qui sont proches des uretères ou compliquées de lithiase. La taille hypogastrique a de plus l'avantage de mettre au repos la vessie plus ou moins irritée antérieurement : « La vessie, une fois ouverte, ne se contractant plus, la congestion de ses parois se dissipe et la circulation se régularise, laissant à l'hémostase la possibilité de se faire ici comme dans les autres organes et tissus. » (Pousson). Nous ajouterons enfin que dans cette intervention on obtient un excellent accès sur la fistule et c'est le point que nous voulons mettre en lumière. Il ne faut pas croire, comme on pourrait le penser, que la fistule est perdue au fond d'un puits, difficile à atteindre ou même à voir ; tout au contraire on obtient un accès très large sur la fistule qu'on voit parfaitement au milieu d'une zone bien étalée. On se trouve donc dans toutes les conditions requises pour une bonne opération, opération évidemment délicate pour dédoubler et placer les fils mais non si difficile que le disaient Teynac et Thiers.

Quant aux accidents consécutifs à l'opération il n'en est aucun à signaler, qui du moins soit propre à la voie

transvésicale : *l'éventration* ne se voit qu'après l'incision transversale actuellement abandonnée, la péritonite ne s'est jamais observée après ouverture du péritoine, quant aux fistules hypogastriques consécutives à la cystostomie c'est un accident assez rare et facile à guérir par une petite intervention complémentaire.

Nous n'acceptons donc nullement le rigorisme de Forgue vis-à-vis de l'opération transvésicale et trouvons qu'elle répond aux desiderata posés par lui : c'est une opération simple, bénigne et efficace. Nul doute en effet qu'une opération transvésicale soit bénigne, qu'elle soit efficace comme le démontrera l'étude des résultats, quant à la simplicité elle ressort des indications mêmes puisqu'on la préfère à la voie vaginale pour cette raison.

Il reste à savoir cependant si, pour ces raisons, on ne doit pas préférer parfois, la voie haute étant décidée, la voie transpéritonéale ou transpéritonéo-vésicale ; et nous ne voulons citer que pour l'éliminer le procédé employé par Bardenheuer dans lequel cet auteur recommande d'atteindre la fistule en décollant le péritoine, contournant la vessie en passant sous le péritoine pour atteindre la fistule et la fermer. Cette voie n'a aucune raison d'être : outre que le décollement est incommode, qu'il donne un accès peu étendu sur la fistule, on ne craint plus la péritonite de nos jours comme au temps où cette méthode fut créée et d'ailleurs pour éviter une péritonite on s'exposait à provoquer une cellulite pelvienne, diffuse et très grave.

2° *Voie transpéritonéale.* — La voie *transpéritonéale*

ne fut employée que par Dittel et Forgue dont les deux tentatives furent des échecs, mais chacun trouve une excuse à cet insuccès qui dénote simplement au début une technique opératoire insuffisamment fixée ; aussi ne peut-on raisonner sur ces résultats. C'est pourquoi l'emploi de la méthode transpéritonéale fut repris et modifié par Micolier élève de Polosson qui étudie les procédés d'opération combinée puis récemment par Tweedy qui obtint un résultat heureux et par Legueu qui traita avec succès une fistule consécutive à une laparotomie. La technique de Legueu ressemble assez à celle de Tweedy. Legueu la dénomme transpéritonéo-vésicale car il ouvre d'emblée la vessie, puis la fistule et le vagin. Il obtient ainsi par séparation des deux organes deux orifices fistulaires nettement séparés qu'il suture séparément, et il termine en recouvrant les sutures d'une lame péritonéale interposée. Les suites ont démontré l'excellence de ce procédé.

En somme dans tous ces procédés on obtient la même commodité par la même voie, mais alors que Dittel, Forgue et Legueu achèvent l'opération par le ventre, Polosson cherche simplement à obtenir la mobilisation de la fistule par incision du cul-de-sac péritonéal, décollement des organes, enfin libération des brides qui attachent ces organes au bassin et dédoublement de la vessie et du vagin au pourtour de la fistule ; puis il termine l'opération par le vagin, les sutures étant plus faciles par cette voie. C'est en somme un peu l'analogue de ce que faisaient les premiers opérateurs par voie tranvésicale, qui passaient ou nouaient

leurs fils par le vagin. Micolier rapporte quelques cas semblables à celui de Polosson particulièrement celui de Fritsch qui est à peu près analogue comme technique et deux autres cas très différents ceux de *Schauta* et *Bumm*. Schauta obtint la mobilisation de la fistule par incision para-vaginale, Bumm par une incision sous-symphysaire, Boari enfin obtint cette mobilisation par incision du cul-de-sac antérieur du vagin. Si donc dans ces cas le résultat obtenu dans le premier temps opératoire fut le même, à savoir la mobilisation de la fistule, la voie employée peut être toute différente et sans indications spéciales ; nous laisserons donc de côté ces procédés exceptionnels et nous limiterons notre discussion à la question suivante : Y a-t-il intérêt à employer de préférence dans certains cas la voie transpéritonéale plutôt que la voie transvésicale ?

Or en recherchant les causes pour lesquelles les auteurs précédemment cités sont intervenus par voie transpéritonéale on trouve que ce sont les mêmes que nous avons données pour justifier l'emploi de la voie transvésicale : utérus inabaissable par un vagin très rétréci (Forgue), utérus fixé (Polosson), absence de col utérin (Legueu). En sorte que ces raisons servent à justifier l'emploi de la voix haute mais nullement l'une plutôt que l'autre. C'est donc dans la plus grande commodité de l'une ou l'autre de ces interventions hautes qu'il faut rechercher les motifs du choix de l'une d'elles.

La voie transpéritonéale donne un accès plus large par une incision plus grande, elle permet de mieux dédoubler la fistule, puisqu'on en dédouble non seulement

les bords, mais les organes qui la constituent et ce dédoublement est assez facile après l'incision du cul-de-sac péritonéal. Enfin les sutures sont faciles à placer, et on peut compléter la séparation des organes entre eux par interposition du péritoine. Legueu ajoute que cette voie lui semble plus particulièrement indiquée dans les fistules consécutives aux hystérectomies abdominales car on utilise l'incision primitive et on trouve la fistule facilement sous le péritoine puisqu'il s'agit de fistules très hautes en général. Micolier émettait l'opinion juste inverse. « Ajoutons, disait-il, que l'utérus ayant été enlevé, la voie haute peut aussi avoir ses indications, mais toutes en faveur de l'opération transvésicale : par laparotomie on manque de repères et l'opération de Dittel serait très difficile. De plus l'absence de l'utérus facilite l'exploration de la vessie après la taille de par ce fait que le bas-fond vésical n'est plus tout autant repoussé sous la symphyse... » Mais on peut objecter aux partisans de la voie transpéritonéale que l'accès donné par voie transvésicale est lui aussi très ample et bien suffisant, nous y avons insisté ; que le dédoublement des deux organes n'est vraiment facile que si l'utérus a été enlevé et s'il s'agit de fistules élevées; ou alors si l'utérus est conservé, que s'il s'agit de fistules vésico-utérines ou de fistules *très élevées*, au cas contraire on se trouve gêné pour dédoubler par la présence des uretères de chaque côté. Le dédoublement obtenu par voie vésicale peut d'ailleurs être poussé aussi loin qu'on le veut et on peut même libérer par cette voie les adhérences pelviennes comme l'a fait P. Delbet. Enfin, si le péri-

toine peut devenir un bon auxiliaire pour fermer la fistule, inversement il peut constituer un voisinage dangereux si les sutures lâchent et que l'urine toujours plus ou moins infectée vienne à s'épandre dans sa cavité. Enfin, par voie vésicale on peut placer un meilleur drainage, un double drainage dont l'emploi est un plus sûr garant de la guérison. Forgue reprochait à la voie vésicale de permettre assez difficilement la pose des sutures, mais précisément Micolier reconnaît le même défaut aux opérations transpéritonéales. « Disons toutefois, dès à présent, que dans cette opération transpéritonéale placer les sutures n'est pas toujours aussi aisé que le laisseraient supposer les écrits des auteurs qui l'ont utilisé » ; c'est pourquoi du reste Polosson dût placer ses sutures par voie vaginale.

Il est donc évident d'après ces faits qu'on ne peut donner aucune conclusion précise, chaque procédé a des avantages égaux, chaque opérateur préfère l'un ou l'autre suivant ses goûts ou ses aptitudes chirurgicales et si la voie transvésicale convient à tous les cas difficiles, peut-être la voie transpéritonéale convient-elle mieux encore à certains d'entre eux, aux cas de fistules très hautes, consécutives à une hystérectomie abdominale. Si au contraire la fistule n'était pas assez élevée le dédoublement serait moins facile et les sutures deviendraient impossibles par le ventre, il faudrait terminer l'opération par voie vaginale ; c'est là une complication qui nous semble superflue et plutôt que de nous exposer à faire une opération combinée nous préférons recourir d'emblée à la voie transvésicale qui suffit à tous les cas.

3° OPÉRATIONS DE DERNIÈRE RESSOURCE.

Nous devons enfin parler des opérations tentées comme dernière ressource contre les fistules vésico-vaginales inguérissables par les tentatives successives et répétées faites par voie vaginale. C'est alors qu'autrefois on préconisait dans ces cas le *colpocléisis* ou l'*épisiorraphie*, procédés qui consistent à fermer non la fistule mais la cavité vaginale, soit à son orifice vulvaire, soit plus haut et plus ou moins près de la fistule. Mais il faut condamner l'emploi d'une pareille opération qui ne fait que substituer à une infirmité une infirmité plus grave : la malade se trouve exposée à toutes sortes d'infections : cystite, pyélonéphrite, métrite, salpingite, à des douleurs violentes causées par la formation de volumineux calculs et de plus la fécondation devient impossible. Cette opération ne saurait donc être employée que si l'utérus a été enlevé. C'est dans ce cas que Violet et Ménard l'ont préconisée récemment ; sinon c'est une intervention à rejeter complètement. Il faudra alors sans objection possible prescrire ce procédé s'il s'ajoute une incontinence définitive par destruction sphinctérienne car on est obligé dans ce cas d'oblitérer complètement la vulve et de *créer une fistule vagino rectale* ; c'est l'oblitération rectale de la vulve de Backer-Brown, opération qui expose davantage encore à l'infection des voies urinaires et ne donne pas le résultat cherché car l'orifice vagino-rectal tend à s'oblitérer spontanément. On a proposé aussi d'établir

une dérivation permanente des urines par cystostomie hypogastrique, opération proposée par Poncet utilisée par Emmet et Chénieux dans des cas où aucune autre ressource ne semblait être utilisable. Si donc la voie vésicale avait échoué plutôt que de recourir à ces diverses opérations, plutôt encore que de pratiquer une implantation rectale des uretères, on recourrerait en dernier ressort à la *néphrostomie double*, autre infirmité il est vrai substituée à la première mais facilement supportée et sans danger pour la vie. Cette dérivation pourra du reste n'être que temporaire et permettre de tenter avec plus de chances de succès une autoplastie vésicale ou alors restera permanente car Pakowski a montré dans sa thèse quels avantages on peut tirer de cette dérivation.

La *réfection d'une nouvelle vessie* aux dépens d'une anse intestinale ou d'une partie du rectum, n'a pas encore été proposée ni effectuée dans ces cas désespérés mais pourrait être tentée tout aussi logiquement qu'on l'a fait en cas d'exstrophie vésicale.

Conclusions. — La voie vésicale a donc des indications assez précises et assez nombreuses et il est juste de lui attribuer une place importante et non plus une place d'exception laissant un peu au gré de chacun la liberté de l'utiliser. Jusqu'ici cette opération est restée en somme du domaine urinaire et à tort car l'ouverture de la vessie n'expose à aucune complication, bien plus elle offre un drainage meilleur des urines, permettant au tube de fonctionner seul si la sonde se bouche ou inversement. Malgré tout, et la dernière discussion à la

Société de Chirurgie en fait foi, les habitudes, les tendances chirurgicales restent encore actuellement une des premières indications dans le choix du procédé ; chacun tendant à se rallier à la méthode dont il a l'habitude et l'indication vient de l'opérateur plus que de l'opérée. Ce fait tient peut-être aussi à ce que chacun juge les indications de façon différente ; ainsi une fistule n'est jamais *complètement* inabaissable et fixe, il y a une question de degré qui peut être diversement appréciée. Forcément les indications de la voie transvésicale sont *relatives* à l'appréciation qu'on en fait et cette raison explique en partie, mais en partie seulement, les opinions opposées des divers chirurgiens à ce sujet.

OBSERVATIONS

Nous rapportons trente-trois observations par ordre chronologique dont six personnelles (dues à l'obligeance de notre maître M. le Dr Marion) et trois qui ont été généralement omises : celles d'Everke, plus une de Segond, 1900, oubliée aussi.

OBSERVATION I

WILLY MEYER, 1881.

Arch. fur Kliniche chirurgie von Langenbeck.
Fistule vésico-vaginale opérée par voie vésicale. Récidive. Colpocléisis.

Cath. B..., 30 ans, ouvrière, présente, à la suite d'un accouchement laborieux, une fistule vésico-vaginale très grande et adhérente par ses bords à la symphyse.

Le 12 mars 1881 dans la clinique de Rostock on ouvrit la vessie aussi largement que possible, au moyen de la taille hypogastrique, et la fistule fut avivée et suturée par cette voie.

Au bout d'un mois la fistule persiste.

Nécessairement on fit le colpocléisis.

OBSERVATION II

Willy Meyer, 1884.

Fistule vésico-vaginale opérée par voie vésicale. Récidive. Colpocléisis.

Gertrude S..., 40 ans, de Durbach. Elle accouche pour la première fois le 19 octobre 1883. Pas d'intervention obstétricale. Quelques jours après elle perd ses urines par le vagin.

Elle vient à l'hôpital le 9 février 1884. Au toucher vaginal on sent une fistule transversale haut située pouvant admettre trois doigts. Cette fistule est très adhérente à la face postérieure de la symphyse pubienne. En raison du non abaissement de la fistule le chirurgien juge la suture impossible par voie vaginale.

Le 10 février 1884 intervention par voie vésicale. On met une éponge dans le vagin pour soulever le bas-fond vésical.

On incise transversalement la paroi abdominale au-dessus du pubis.

Après avoir élevé le bassin et écarté les deux lèvres de l'incision vésicale on voit sur la paroi postérieure de la vessie une perte de substance un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs et s'étendant de chaque côté jusqu'aux orifices uretéraux.

On avive les bords de la fistule et l'on suture à la soie par points séparés (15 points de suture).

Ces fils sont introduits tantôt par la voie hypogastrique, tantôt par le vagin à l'aide de longues aiguilles droites et courbes.

Cette partie de l'opération est faite en tenant le bassin fortement relevé. Puis la malade est mise dans la position habituelle de la taille et le vagin est éclairé par avant, après l'application d'un grand spéculum de Simon, l'intérieur de la vessie étant éclairé au moyen d'un réflecteur.

Le point de pénétration des sutures peut être ainsi exactement contrôlé et corrigé par l'assistant qui se trouve devant la patiente. Il en est de même des sutures passées par le vagin.

L'intervention a duré une heure et demie.

La plaie abdominale est suturée en son milieu. On draine au caoutchouc de chaque côté.

Suites opératoires. — Pendant quinze jours la malade a de la fièvre et quelques troubles de l'état général. La peau est ictérique. Localement l'urine s'écoule par la plaie hypogastrique.

Le quatrième jour, une petite quantité d'urine s'écoule par le vagin.

Le quatorzième jour on enlève les fils par le vagin.

L'urine s'écoule toujours par la plaie hypogastrique.

La cicatrisation complète de la plaie abdominale ne se fera que trois mois après.

10 mai 1884. — La malade perd de nouveau ses urines par le vagin. Au toucher il persiste une fistule d'une pièce de cinquante centimes environ.

27 mai 1884. — Deuxième intervention par voie vésicale. Cette intervention est nulle car il est impossible de rapprocher les bords de la fistule. Ultérieurement colpocléisis.

OBSERVATION III

TRENDELENBURG, 1888.

Fistule vésico-vaginale. Suture par la vessie. Guérison. Lithiase secondaire.

Femme de 44 ans, d'origine polonaise, envoyée par le Dr Zumwikel, entre dans le service pour incontinence d'urine survenue après un accouchement remontant à une quinzaine d'années.

L'enfant (le cinquième) avait dû être extrait au forceps.

Au toucher vaginal, sur la paroi antérieure du vagin, à droite de la ligne médiane, on sent une perte de substance dont le grand axe est dirigé de droite à gauche et d'avant en arrière.

La longueur de cette perte de substance est celle d'un noyau de prune, il permet l'introduction de la pulpe de l'index dans la vessie.

La moitié droite du col manque et le reste est profondément situé, si bien qu'il est impossible d'introduire une sonde dans le canal cervical, comme il est impossible également, par suite d'adhérences inflammatoires, d'abaisser l'utérus et d'amener en bas la partie supérieure de la fistule.

Le 2 juillet 1888 intervention par voie vésicale. Anesthésie au chloroforme sans incidents. Le bassin est mis en position élevée. Une incision de 10 centimètres est faite transversalement en suivant le bord supérieur de la symphyse.

Les muscles droits sont désinsérés, on ouvre l'espace prévési-

cal et on introduit un catheter dans la vessie au-dessous du cul-de-sac péritonéal. La lèvre supérieure de la plaie vésicale est fixée à la lèvre correspondaute de la plaie cutanée par quelques fils qui, alourdis par des pinces, écartent les bords de la plaie en bas et latéralement.

On voit alors entre les deux uretères, plus près du droit que du gauche, la fistule vésicale et la partie supérieure, les bords de la fistule sont intimement unis au col. On peut introduire une sonde utérine qui se dirige en haut et à gauche.

Les bords de la fistule sont avivés en enlevant une bande de muqueuse vésicale et cervicale. Cette bandelette de muqueuse vésicale a comme largeur 1 centimètre à gauche, à droite 5 ou 6 millimètres seulement à cause de l'uretère. Six points de crins de Florence sont placés sur la fistule avivée Mais une difficulté se présente ici. Les orifices uretéraux sont presque confondus avec la plaie vésicale. Pour les éviter, on introduit au préalable une sonde dans chaque uretère. La consolidation des nœuds est aussi facile à faire que pour toute autre suture cutanée.

On enlève les sutures provisoires de la partie antérieure de la vessie et on réunit la plaie vésicale par des points simples et une petite suture à la Lambert. On laisse au milieu une petite ouverture par laquelle on introduit un drain vésical en forme de T. On lave la vessie au sublimé au 1/5000.

On suture la peau en ménageant une ouverture pour le drain.

La malade est couchée dans le décubitus latéral.

Suites opératoires. — La température la plus élevée est de 38°4, l'urine est un peu trouble. Dix-huit jours après l'opération on enlève le drain vésical.

Trois semaines après il ne s'écoule plus d'urine par la fistule et l'urine peut être retenue une demi-heure.

Quatre semaines après la malade retient les urines pendant une heure. Au bout de sept semaines la plaie hypogastrique est cicatrisée et les urines peuvent être retenues pendant deux à trois heures.

Après qu'elle a quitté la clinique la malade souffre beaucoup. M. le Dr Zumwinckel lui dilate l'urètre et fait l'extraction de quelques concrétions qui s'étaient déposées sur les nœuds de sutures intra-vésicaux faites au crin de Florence. Cette suture a toujours bien tenu et la continence est parfaite.

OBSERVATION IV

TRENDELENBURG, 1889.

Fistule vésico-vaginale. Suture par voie vésicale. Guérison.

Femme F..., 35 ans, a eu sa première couche il y a deux ans, l'enfant mourut à son huitième jour. Il y a huit semaines, deuxième accouchement qui dura quinze heures, on appliqua le forceps, on put extraire un enfant mort. Depuis cette époque l'urine s'écoula sans cesse par le vagin.

A l'examen, on trouve encore haut sur la paroi antérieure du vagin un orifice ovale, transversalement placé, de la grosseur d'un pois et entouré de tissu cicatriciel : les bords sont déchirés, une partie en est libre, mais *le reste est fixé au bassin*, empêchant d'abaisser l'utérus. Il est impossible d'aborder la fistule par le vagin.

Opération. — Le 13 décembre 1889 la patiente est mise en position déclive. Incision transversale de dix centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, à travers la peau, les aponévroses et les droits.

Incision transversale de la vessie un peu au-dessous du cul-de-sac péritonéal, allongement de l'incision vers la gauche pour mieux libérer la fistule placée elle-même à gauche de la ligne médiane.

Le bord supérieur de la plaie vésicale est suturé provisoire-

ment au bord supérieur de la paroi abdominale, les parties latérales de la vessie sont fixées en dehors par des fils qu'on y a placés. Pour s'orienter, un cathéter est placé dans l'urètre et une fine sonde dans chaque uretère. Il apparaît que la fistule est placée entre l'embouchure des deux uretères et un peu à gauche de la ligne médiane. La fistule est circonscrite par deux lignes courbes et avivée en entonnoir aussi largement que possible ; à gauche, l'avivement va jusqu'à l'embouchure de l'uretère. Pour la réunion linéaire de la surface avivée, suivant la ligne interuretérale, des fils de soie sont placés de telle façon que les nœuds viennent se placer dans le vagin. Les deux extrémités du fil sont placées dans deux aiguilles plates que l'on plante au bord de la surface avivée et qui sont prises dans le vagin. Un deuxième plan de 6 catguts fins est lié dans la vessie.

La vessie est alors nettoyée avec une solution de sublimé et fermée par une double rangée de catguts à la Lambert. Un petit orifice est laissé pour le drain en T.

Après avoir placé deux petites compresses de gaze iodoformée dans l'espace prévésical, la paroi abdominale est refermée à la soie, laissant trois ouvertures : l'une pour le drain vésical, les deux autres dans les coins pour les tampons. La patiente est placée sur le côté et entourée de coussins pour la maintenir dans cette position.

La guérison survient très simplement après la suppression du drain et de la suture, qui était dans le vagin, une partie de l'urine s'écoule par l'urètre, le reste par la fistule hypogastrique. Le 4 janvier, après une exploration du vagin au spéculum, il coula, au voisinage de l'ancienne fistule, quelques gouttes d'urine par l'orifice d'un point de suture, mais cette fistule se ferma d'elle-même et le 12 janvier, la patiente pouvait être con-

sidérée comme entièrement guérie ; elle était alors en état de garder son urine pendant trois heures.

Six mois après, cette femme revint avec une éventration de la grosseur d'une pomme, au niveau de la cicatrice abdominale. Cette hernie était réductible. On ordonna un bandage muni d'une volumineuse pelote maintenant bien la paroi. Pas de troubles vésicaux. Les fonctions de la vessie sont absolument normales.

OBSERVATION V

Mac Gill, 1889.

Epithélioma du bas-fond vésical et de l'urètre. Taille hypogastrique et extirpation du néoplasme. Fistule vésico-vaginale suturée immédiatement. Guérison de la fistule vésico-vaginale avec persistance d'une fistule hypogastrique.

E... J... est admise dans le Leeds Infirmary le 19 septembre 1889, comme souffrant de rétention d'urine.

Antécédents personnels. — Pendant vingt-sept ans elle avait pris du laudanum (une once et demie par jour). Elle a toujours eu une bonne santé.

Il y a cinq mois les symptômes urinaires ont débuté. La malade se plaignait de gêne pendant la miction, même de douleurs vraies et ses urines étaient sanguinolentes. Tous ces symptômes s'aggravent et sept jours avant son entrée la rétention est complète. Elle urine par regorgement.

A l'examen la matité vésicale est très étendue. Au toucher vaginal on sent une masse dure et nodulaire s'étendant du méat sur la paroi vaginale antérieure. Cette tumeur occupe le plancher de l'urètre et s'étend sur le bas-fond vésical.

Au cathétérisme on retire plusieurs pintes d'urine. La rétention récidive.

Comme le cathétérisme est douloureux et provoque des hémorragies on se décide à l'intervention.

On devait enlever la tumeur vésicale, suturer la vessie et laisser une fistule hypogastrique pour corriger la perméabilité du canal.

27 septembre 1889. Intervention par voie vésicale. On injecte de l'eau boriquée dans la vessie.

La paroi abdominale est incisée transversalement. La vessie découverte est dénudée, on l'incise transversalement.

On fixe sa lèvre inférieure à la paroi abdominale par trois fils de soie pour l'empêcher de retomber dans le bassin.

La malade est mise dans la position de la lithotomie avec spéculum vaginal.

La tumeur est enlevée au bistouri et aux ciseaux. Elle était plus étendue qu'on ne l'avait cru au simple examen. Les deux tiers inférieurs de la circonférence de l'urètre y étaient impliqués ainsi qu'une partie du bas-fond vésical.

Après avoir tout enlevé il restait une ouverture de deux doigts communiquant avec le vagin.

On ferme cette ouverture avec des points séparés à la soie fine passés par la vessie et noués dans le vagin. Les bords en furent rapprochés avec difficulté.

La vessie fut fermée au catgut fin et la plaie sus-pubienne au crin de Florence. On mit un drain dans la vessie.

La tumeur était un épithélioma pavimenteux.

Suites opératoires. — Pendant la semaine qui suit l'opération l'urine s'écoule par le vagin.

La plaie vésicale n'est pas réunie, les fils ont sauté. Il reste une fistule qui admet l'extrémité du doigt.

Trente-sept jours après l'opération cette fistule est fermée.

L'urine s'écoule par l'hypogastre ; on donne un urinal à la malade et on l'envoie à l'hôpital des convalescents.

4 janvier 1890. — Elle revient. Ni la tumeur ni la fistule n'ont récidivé.

OBSERVATION VI

Mac Gill, 1890.

Fistule vésico-vaginale siégeant en avant de l'orifice du col utérin. Suture par voie vésicale. Guérison.

E.-A. W..., 17 ans, entre dans le Leeds Infirmary, service du Dr Braithwait, le 23 novembre 1889.

On la fait passer dans le service du Dr Mac Gill le 3 janvier 1890; elle a été accouchée au forceps après quarante-huit heures de travail. Depuis elle perd ses urines par le vagin.

Au toucher vaginal, en avant du col utérin on sent une fistule vésico-vaginale admettant l'index. Le périnée est déchiré jusqu'à l'anus.

11 janvier 1890. — Intervention par voie vésicale. On incise transversalement la paroi abdominale.

La vessie découverte et dénudée, on l'incise transversalement et on fixe la lèvre inférieure à la paroi abdominale par trois fils de soie. Une spatule introduite dans le vagin soulève le bas-fond vésical.

On éclaire la vessie. La fistule est facilement découverte. On avive le bord et on fait deux plans de sutures. Un plan vaginal à la soie fine et un plan vésical au catgut chromé. On ferme la vessie et la plaie sus-pubienne. Un drain est introduit dans la vessie.

Suites opératoires. — Au cinquième jour le drain vésical est enlevé.

Au huitième jour l'urine s'écoule par l'urètre. Au quinzième jour, les sutures vaginales sont enlevées. Au trentième jour, la plaie sus-pubienne est cicatrisée.

13 février. — La malade urine normalement.

OBSERVATION VII

Baumm, 1890.

Fistule vésico-vaginale. Une tentative de suture par voie vaginale. Insuccès. Intervention par voie vésicale. Guérison avec persistance d'une fistule hypogastrique.

Mme X..., journalière, multipare, fut prise d'incontinence d'urine au mois d'août 1889.

Trois semaines auparavant, elle avait eu un accouchement très pénible. Quatorze jours après avoir perdu les eaux. L'enfant, mort, se présenta par la tête.

Cette femme fut atteinte d'infection puerpérale grave avec température moyenne de 40°. Les urines, ammoniacales, s'écoulaient par le vagin et les dernières émises contenaient des petites masses grisâtres.

Au toucher vaginal. — Le doigt rencontrait deux orifices : l'un central par lequel l'extrémité du doigt pénétrait dans la cavité de l'utérus, l'autre situé en avant et à droite, derrière une bride large d'un demi-centimètre, de la grandeur d'un mark et donnant accès dans la vessie. Les bords de ces deux trous étaient formés de lambeaux déchiquetés, nécrosés. Le bassin de cette femme était fortement aplati. Il s'agissait évidemment d'une fistule vésico-cervico-vaginale, dans laquelle toute la portion vaginale était détruite et les parties molles environnantes endommagées.

Le 26 février elle rentrait dans mon service.

Quelques jours après la fièvre cessa, mais la malade était faible et mourante, toute l'urine passait par le vagin.

Au toucher vaginal. — Le vagin offre l'aspect d'un large doigt de gant, ayant deux ouvertures au sommet. A travers le plus petit orifice on peut introduire une courte tige dans le col de l'utérus. La fistule vésicale permet l'introduction de l'index. La muqueuse de la vessie fait hernie entre les lèvres de la fistule. Les parois du vagin étant en grande partie formée du tissu cicatriciel très adhérent aux plans sous-jacents, toute tentative faite pour attirer l'utérus et la fistule en bas n'amène que des déchirures de ce tissu cicatriciel. Il fallait opérer cependant à la partie supérieure de cette fistule. Quel chemin prendre?

La voie nouvellement tracée par Trendelenburg semblait s'offrir comme la meilleure. L'état de la malade très affaiblie n'était pas à négliger.

Sans doute le vagin est court, l'entrée est large et il ne paraît pas impossible de recourir à cette voie.

On saisit donc la fistule par le vagin, mais il advint que les difficultés opératoires étaient plus grandes qu'on ne l'appréciait. Il s'en suivit que les résultats de l'opération furent mauvais et on résolut de faire une nouvelle opération d'après la méthode de Trendelenburg.

17 février 1889. — Intervention par voie vésicale. On prépare comme pour une laparotomie; la malade est mise dans la position de Trendelenburg.

On sectionne transversalement la paroi abdominale dans une étendue de huit à dix centimètres. Au fond de l'espace prévésical on rencontre et sectionne la paroi vésicale antérieure sur une étendue de six centimètres environ.

Les bords de la plaie vésicale sont fixés aux bords de la plaie hypogastrique par des fils de soie.

On peut voir ainsi très facilement le bas-fond vésical.

La fistule et l'orifice urétéral droit étaient visibles. Quant à l'orifice urétéral gauche, on dut le rechercher au moyen d'une sonde. Il était caché et recouvert par la cicatrice résultant de la première opération. Il y avait encore dans cette petite cicatrice une fistule vésico-vaginale.

En somme, il existait comme la première fois deux fistules placées dans l'espace interurétéral.

On fait une large incision en entonnoir circonscrivant les deux fistules ; grâce au bon éclairage du champ opératoire, cet avivement fut assez facile.

Cette incision était large de deux centimètres, un peu rétrécie cependant au niveau des abouchements urétéraux.

Un aide repoussait par le vagin les portions qu'il fallait aviver.

L'orifice urétéral gauche qui était difficile à voir fut indiqué par une sonde introduite dans son trajet.

La plaie fut réunie avec des fils de soie noués dans le vagin. Dans ce but, les fils étaient munis à leurs deux extrémités d'une aiguille et ces aiguilles étaient passées ensuite de la vessie vers le vagin où elles étaient saisies par la main gauche de l'opérateur.

La suture fut faite lorsque les huit points eurent été placés par le miroir de Simon.

Deux points de suture furent mis en dehors à droite et à gauche pour renforcer les autres sutures au cas de tiraillements trop considérables. L'incision vésicale fut réunie par une double rangée de sutures en laissant une ouverture centrale destinée au passage d'un drain en T. La première rangée de sutures à la soie comprenait toute l'épaisseur de la paroi vésicale. La deuxième

rangée, à la soie aussi, fut placée d'après la méthode de Lambert en recouvrant complètement la première. La vessie fut lavée par le drain avec une solution de sublimé faible jusqu'à ce que le liquide ressortît limpide et quand on fut convaincu, au moyen de pressions, qu'aucun liquide ne passait à travers les points de suture, la paroi abdominale fut réunie à droite et à gauche du drain par des sutures profondes à la soie. On laisse une ouverture large comme le doigt par laquelle l'espace prévésical fut tamponné à la gaze iodoformée.

On mit aussi dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Les premiers jours la malade souffre beaucoup, on lui fait des piqûres à la morphine.

La température du troisième au sixième jour s'éleva à 38°9. L'urine qui s'écoulait par le drain était recueillie dans un urinal.

La plaie abdominale ne fut pas aussi lisse que Trendelenburg le rapporte dans ses observations.

Malgré les fortes sutures passées à travers toute l'épaisseur de la paroi et malgré leur éloignement des bords de la plaie, le plus grand nombre d'entre elles avaient manqué trois jours après l'opération.

La rétraction des muscles droits était considérable. La plaie abdominale bâillait dans toute son étendue.

Elle se remplit de granulations et se ferma lentement. Du côté de la vessie rien d'anormal; à peine quelques douleurs et un peu de ténesme.

L'urine, sanglante au début, devint claire et de réaction acide ; à partir du troisième jour, sa réaction devint alcaline.

Le septième jour une partie de l'urine passa par le vagin. On ne sentait pourtant pas de fistule.

Après avoir examiné et écarté les sutures profondes on s'aperçut au onzième jour que l'urine passait à travers trois pertuis restés ouverts quinze jours après l'opération : l'état était pire qu'auparavant. La femme avait une grande plaie abdominale et l'urine s'échappait en haut et en bas.

Trois semaines après la malade se leva.

L'espoir d'une guérison spontanée de ces fistules vaginales n'étant plus à chercher on se mit à les cautériser avec du nitrate d'argent. Deux d'entre elles guérirent d'abord cinq semaines après l'opération.

La troisième étant rebelle à ce genre de traitement six semaines après l'opération on l'aviva par le vagin et on la sutura par trois points à la soie.

L'urine s'écoulait toujours par l'hypogastre.

De cette façon la fistule vaginale guérit enfin.

La fistule hypogastrique persistait avec ses caractères. Neuf semaines après l'opération la plaie abdominale était encore si large qu'il restait une surface grosse comme une fève, granuleuse, au milieu de laquelle était une ouverture qui conduisait dans la vessie.

La fistule qui semblait ne pas vouloir se fermer d'elle-même fut taillée, avivée en forme d'entonnoir et suturée.

La guérison ne vint pas. Pour la deuxième fois la malade fut opérée. On tailla un lambeau en forme de tranche de melon et on sutura les bords de la plaie mais cette fois encore insuccès.

La malade quitta l'Institut avec sa fistule hypogastrique. Au moyen d'un bandage compressif et grâce à l'écoulement habituel et fréquent des urines par l'urètre la situation est tolérable.

OBSERVATION VIII

BARDENHEUER, 1891.

Très large fistule vésico-vaginale adhérente au petit bassin. Opération par la voie vésicale. Avivement. Suture. Guérison.

OBSERVATION IX

BARDENHEUER, 1891.

Large fistule vésico-vaginale. Adhérences étendues avec la paroi du bassin. Intervention vaginale. Insuccès. Fistule considérablement agrandie (la main pouvait passer dans la vessie). Opération par la voie vésicale. Guérison après quatre semaines.

OBSERVATION X

TRENDELENBURG, 1892.

Fistule vésico-utéro-vaginale. Intervention par voie transvésicale. Guérison.

Femme E..., 32 ans, a eu il y a cinq ans un accouchement qui a duré environ huit jours ; enfin un enfant mort fut extrait au forceps. Depuis, toutes les urines passent dans le vagin.

La patiente est une femme petite mais vigoureuse et un peu corpulente, elle a un bassin rachitique rétréci. L'urine coule incessamment par le vagin, la vessie est toujours vide. Le vagin est court, sa moitié gauche manque, le reste est solidement fixé au bassin par des masses cicatricielles.

L'abaissement de l'utérus est absolument impossible. La partie droite du vagin se rétrécit vers le haut en un canal admettant à peine l'extrémité de l'index ; à l'extrémité de ce canal et très haut est une ouverture fistuleuse de la grosseur d'une lentille. Une sonde guidée par le doigt pénètre dans la vessie. Le trajet de la fistule, presque impossible à voir est absolument inabordable par le vagin.

Opération, 20 juillet 1892.— Le long du bord supérieur de la symphyse, incision transversale dont la longueur, à cause de l'épaisseur de la paroi, est d'environ 15 centimètres.

On pratique alors au niveau du bord supérieur du pubis, et dans toute l'étendue de l'insertion des droits qu'on a apparavant

écartés, une résection à la gouge d'une bande d'os d'un centimètre (opération de Braman). La bandelette osseuse avec l'aponévrose et le droit qui y adhère est relevée vigoureusement avec les doigts et un élévateur. On atteint l'espace prévésical. La malade est en position inclinée et c'est avec peine qu'on arrive à dénuder sa paroi vésicale pour l'inciser transversalement. La section part à 1 centimètre de l'orifice vésical de l'urètre et comprend à peu près la moitié de l'étendue transversale de la vessie. On n'arrive à bien voir la fistule qu'après un allongement de l'incision vésicale à droite et en haut. Grâce aux tractions excentriques avec des crochets, l'ouverture vésicale est encore agrandie au point de comprendre deux tiers de la vessie. La partie supérieure de la plaie vésicale est provisoirement fixée au bord supérieur de la plaie abdominale.

Pour se repérer on cherche immédiatement l'embouchure de l'uretère gauche, on la reconnaît à l'issue de l'urine par pression sur le ventre. L'embouchure de l'uretère droit, par lequel aucune urine ne sort, se trouve seulement après d'assez longues recherches à la place symétrique de l'uretère gauche. La fistule est placée à environ 1 centimètre 1/2 en haut et en dehors de l'orifice uretéro-vésical droit. Lorsqu'on conduit une fine sonde dans l'embouchure de l'uretère droit, on voit apparaître la pointe de cette sonde dans la fistule et après quelques recherches elle peut même pénétrer au niveau du bord supérieur de la fistule dans l'autre bout de l'uretère.

La participation de l'uretère à la fistule est donc indiscutable, il n'y a pas seulement une fistule vésicale mais une fistule uretérale. Il faut donc fermer la fistule en même temps que laisser imperméable l'orifice uretéral. Pour ce, faire un morceau d'uretère, long d'environ trois quarts de centimètre est soulevé

par une sonde fine sur laquelle on le dissèque, il pend ensuite dans la vessie comme un petit appendice. La fistule est alors limitée par des incisions courbes, avivement en entonnoir, puis suture de la vessie par cinq ou six catguts. Pour maintenir plus sûrement ouvert l'orifice uretéral, une sonde fine est introduite à quelques centimètres dans l'uretère, son autre extrémité ressort par l'urètre. Un catgut la fixe à l'origine interne de l'urètre.

La plaie vésicale est alors fermée par une suture à la Lambert. Un drain ordinaire est mis dans la vessie, il est maintenu haut par un catgut. Enfin, les fragments osseux résultant de la bandelette osseuse qui s'était fracturée, sont replacés grâce à des sutures perforantes. Entre les droits écartés, on a auparavant créé la voie que suivra le tube de drainage. De chaque côté des droits, de minces bandes de gaze iodoformée sont disposées dans l'espace prévésical : le reste de la paroi est fermé et la gaze sort aux extrémités de la ligne de suture.

L'opération très pénible à cause de l'épaisseur de la couche de graisse et de la situation de la fistule dura en tout cinq heures. Avec de courtes intermittences la patiente resta tout le temps en position inclinée sur la chaise d'opération de Trendelenbourg.

La narcose fut presque entièrement pratiquée à l'éther et c'est seulement au moment où le réveil allait se produire qu'on a donné quelques bouffées de chloroforme.

Le premier soir et les jours suivants la malade fut abattue.

L'urine sortant par le drain, auquel on avait fixé un tube de caoutchouc s'écoula dans un bocal placé au pied du lit, si bien que la patiente couchée sur le côté, et principalement sur le côté gauche, resta complètement au sec. Par en haut et par en bas la vessie fut lavée avec de grandes précautions et sous une faible pression. Au troisième jour le tube était tombé dans la

vessie, il put être remis sans effort et on vida la vessie de 50 centimètres cubes d'urine qui s'étaient accumulés sans s'écouler par le vagin. Le neuvième jour la sonde uretérale fut retirée ramollie. Le tube de drainage fut laissé vingt-quatre jours dans la vessie; par ce drain on put laver la vessie toutes les deux heures à l'eau bouillie et une fois par jour au nitrate d'argent au 1/1000, car l'urine était devenue trouble. L'urine est recueillie dans un récipient où conduisait le tube à drainage.

C'est seulement lorsque le tube venait à se boucher que l'urine s'écoulait par la plaie hypogastrique. Après la suppression du drainage la vessie fut, à de courts intervalles, vidée par le cathétérisme.

La patiente ne pouvait pas encore vider volontairement sa vessie, et lorsqu'elle faisait de gros efforts, une partie de l'urine passait par l'orifice de la cystostomie. Pendant la nuit on plaça une sonde par l'urètre et la patiente put retenir jusqu'à 120 centimètres cubes d'urine et les évacuait spontanément.

La paroi abdominale présentait plusieurs fistules suppurant passablement. Pour enlever les sutures osseuses, la patiente fut endormie au chloroforme et on trouva que le fragment osseux réséqué était nécrosé et cause des fistules. Après ablation de ces morceaux d'os et de fils de sutures, la plaie guérit peu à peu et le 11 mars, sept semaines après l'opération, la patiente pouvait être considérée comme guérie.

La vessie se vidait d'un jet vigoureux toutes les trois ou quatre heures. Urine acide et absolument claire. La paroi abdominale était fermée sauf en deux points de la grosseur d'un haricot, où les tissus bourgeonnaient activement.

OBSERVATION X *bis*

LÉOPOLD, 1892.

Fistule vésico-cervicale haut placée. Carie osseuse du pubis. Opération par voie vésicale. Guérison.

A. S..., âgée de 27 ans, fut admise à l'hôpital le 15 juin 1892. Rachitisme à l'âge de 3 ans. Chlorose. Réglée pour la première fois à 16 ans, réglée toutes les trois semaines. Elle perd alors pendant trois jours et elle se plaint de douleurs lombaires auparavant.

Le 24 avril 1892 mit au monde un enfant bien développé, après quatre jours de travail. L'enfant est né mort. Le neuvième jour après l'accouchement, comme elle se levait, elle s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin. Elle raconte qu'elle transpirait beaucoup pendant ses couches et avait alors quelques douleurs au-dessus de l'abdomen et spécialement dans les côtés.

Elle se plaint maintenant de ne pouvoir retenir ses urines quand elle est couchée. Dans la station assise la chose est possible dans une certaine mesure. Il y a aussi un écoulement muco-purulent par le vagin. L'état général est bon.

A l'examen on constate que le vagin contient une quantité d'urine semblant provenir d'une espèce de fente mettant en communication la vessie et le col et située à la partie supérieure et à droite de la paroi antérieure du vagin. L'urètre est normal, l'urine retirée par le cathétérisme est nuageuse, ne contient pas

d'albumine et laisse un sédiment où l'examen microscopique montre l'épithélium polygonal de la vessie.

Dans l'examen sous chloroforme fait deux jours plus tard, le 17 juin, on trouve que la paroi antérieure du col a presque disparu du côté droit et présente à cette place une dépression en entonnoir. Toutes les tentatives opérées pour ramener le col dans le champ de la vision furent inutiles : ce qui sera restait de la paroi antérieure et du tissu adjacent était soudé à la cavité pelvienne par des adhérences inflammatoires. Une sonde courbée fut alors introduite dans l'urètre passée à travers la vessie et le col pour ressortir dans le vagin, établissant ainsi le diagnostic d'une fistule vésico-cervicale. De plus, il fut décidé à ce moment étant donnée l'impossibilité d'opérer par le vagin, en raison des adhérences anciennes et étendues, de pratiquer une *section*, qui fut faite cinq jours plus tard.

Opération. — Le 22 juin la patiente fut éthérisée, et après un lavage soigné des parties génitales externes et du vagin avec une solution au sublimé au 1/4000, elle fut placée dans la position de Trendelenburg. Le professeur Léopold, avec l'assistance du Dr Goldberg, fit une incision parallèle à la symphyse pubienne, longue de dix centimètres et une deuxième incision faisant avec la première un angle droit et le long de la ligne blanche. Les muscles droits furent disséqués du bord supérieur du pubis, dans le but de mettre en vue la paroi antérieure de la vessie. Guidé par un cathéter passé dans la vessie, cet organe fut ouvert supérieurement sur sa paroi antérieure dans une longueur de 4 centimètres : cette incision fut agrandie au cours de l'opération.

Les lèvres de l'incision vésicale furent attachées à la paroi abdominale au moyen de deux sutures de soie provisoires. On put

alors voir l'intérieur de la vessie et un petit calcul mou, mesurant dans ses trois dimensions, 2 centimètres, 1 centimètre, 2 millimètres et 1/2 qui fut enlevé. En continuant l'examen, on trouva que la fistule était haut placée sur le côté droit de la vessie, adossée a la branche descendante du pubis du même côté, et qu'elle communiquait en ce point non seulement avec l'utérus, faisant ainsi une fistule vésico-cervicale, mais aussi avec le cartilage de la symphyse pubienne, par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux irrégulier livrant passage à du pus.

L'urètre fut trouvé normal et son orifice assez large pour admettre le doigt. Une tentative faite pour aviver les bords de la fistule échoua, car les tissus étaient devenus trop denses et adhéraient au pelvis ; par suite il y avait peu de chances d'obtenir par la suture l'occlusion de cet orifice vieux et induré, et un échec eût nécessité, d'ailleurs, la réouverture de l'abdomen pour une deuxième opération. Comme l'urètre et les uretères se trouvaient au-dessous de la fistule, la méthode suivante fut employée :

La fistule fut exclue de la vessie par la construction d'une nouvelle paroi formée au-dessous d'elle : la vessie fut séparée de la symphyse par la dissection. Deux portions furent faites, l'une de l'incision originale de la vessie, l'autre de la paroi de la vessie commençant au-dessous de la fistule.

La vessie fut alors arrosée avec une solution faible, 1 °/₀ d'acide boro-salicylique, et les bords des deux lambeaux furent réunis par le moyen de 36 sutures faites avec de la soie fine. Quelques-unes d'entre elles traversaient entièrement la paroi tandis que les autres respectaient la muqueuse. Il restait alors une vessie nouvellement construite, de dimensions restreintes. La fistule était à l'extérieur de cette vessie dans une poche située

au-dessus du septum nouvellement fait. La vessie fut séparée du col du côté droit, afin de fermer l'ouverture existant en cet endroit, à l'aide de plusieurs sutures au catgut, de la gaze iodoformée avait été poussée au préalable à travers l'orifice fistuleux dans le canal cervical pour assurer le drainage par le vagin.

Le trajet fistuleux conduisant à la symphyse pubienne fut sondé et on trouva que le cartilage articulaire était dans sa plus grande partie détruit et que les os en contact étaient cariés. L'articulation et le trajet fistuleux furent grattés soigneusement avec la curette de Wolkmann et ce qui restait sur le bord supérieur du cartilage pubien, après ce curettage, fut sectionné. Après toilette de ces parties, les symphyses furent rapprochées et réunies par des sutures à la soie et au fil d'argent. La poche laissée à l'extérieur de la nouvelle vessie fut alors fermée au moyen de profondes sutures au catgut et de gaze iodoformée. On plaça dans la profondeur de la poche un drain en gomme élastique s'étendant jusqu'à l'incision abdominale. Un second drain en gomme élastique fut placé dans l'ouverture des symphyses et les deux drains furent suturés à la paroi abdominale. La plaie abdominale fut fermée et on ne laissa qu'une petite ouverture des symphyses, petite ouverture dans laquelle on entassa de la gaze iodoformée. La toilette habituelle fut faite et on plaça dans la vessie un cathéter qui fut fixé par un point de suture à l'une des lèvres vaginales.

Le traitement consécutif fut le traitement aseptique usuel. Pendant deux jours seulement la température fut élevée, le soir de l'opération 38°2. Une semaine plus tard à la suite d'un dérangement d'intestin la température monta jusqu'à 39° puis tout rentra dans l'ordre.

A part cela la convalescence fut absolument normale. Pour

calmer la douleur, on employa de petites doses de morphine; en raison d'un trouble des urines, on pratiqua des lavages quotidiens de la vessie à l'eau distillée.

Après trois semaines, les fils d'argent furent enlevés. Au bout de quatre semaines, la malade quitta le lit et le cathéter fut placé dans la vessie la nuit seulement.

A cause de la carie symphysienne, la malade fut gardée à l'hôpital beaucoup plus longtemps ; elle le quitta le 6 septembre, c'est-à-dire deux mois et demi après l'opération.

A cette époque elle était capable de retenir les urines deux et trois heures durant, et sa vessie pouvait supporter 50 à 100 centimètres cubes d'urine (1).

1. Nous avons cru devoir publier cette observation rapportée par tous les auteurs, mais nous lui avons donné un numéro *bis* car elle a rapport à une fistule *vésico-cervicale* et s'écarte un peu du sujet de ce travail.

OBSERVATION XI

Pousson, 1894

Fistule urétro-vésico vaginale chez une fillette de cinq ans. Suture par voie vésicale. Guérison de la fistule vésico-vaginale avec persistance de la fistule urétro-vaginale.

M..., 6 ans, de chétive apparence. Il y a deux ans le Dr Piéchaud l'a opéré d'un calcul qui après avoir ulcéré la paroi vésico-vaginale faisait saillie dans le vagin..

Depuis elle perd ses urines par le vagin.

On lui a fait subir deux tentatives de suture par la voie vaginale. Il n'y a pas eu de résultat appréciable.

Elle entre pour la première fois dans le service de clinique chirurgicale en septembre 1892.

Elle est pâle, amaigrie, peu développée pour son âge.

Elle reste toutes ses journées assise sur une chaise.

Elle est triste et la faiblesse de son intelligence tient à son isolement.

A l'examen on constate un gonflement œdémateux des grandes lèvres qui forment deux bourrelets saillants fermant la vulve. Les téguments qui recouvrent les grandes lèvres sont sains au moins dans la partie que l'on voit sans les écarter ; mais au niveau de la commissure inférieure l'écoulement incessant de l'urine a déterminé des ulcérations se prolongeant sur le périnée qu'il ravine profondément.

De la fourchette à l'anus s'étend un sillon ulcéré profond, à bords taillés à pic et recouverts d'un enduit muqueux imprégné de sels calcaires.

L'écartement des grandes lèvres montre leur face interne et toute la vulve tapissée d'une couche muco-purulente grisâtre infiltrée de sels phosphatiques.

Au toucher vaginal l'orifice mettant en communication le vagin et la vessie admet l'extrémité du petit doigt qui pénètre dans la vessie et est senti à travers l'hypogastre. En arrière de l'angle postérieur de la fistule il existe un éperon d'un centimètre de longueur et séparant cet angle du fond du vagin.

Le vagin malgré deux interventions antérieures pour suturer la fistule n'a guère qu'un diamètre de deux centimètres et demi. On ne voit que très imparfaitement la fistule mais en examinant le vestibule on constate *de visu* que la paroi inférieure de l'urètre est détruite et qu'une fissure urétro-vaginale fait suite à la fistule vésico-vaginale. Les tentatives de sutures ayant échoué deux fois entre les mains du Dr Piéchaud, en raison d'autre part de l'étroitesse du vagin on se décide à intervenir par voie vésicale.

27 septembre 1892. — Intervention par voie vésicale. Anesthésie au chloroforme sans incident.

On désinfecte soigneusement le vagin, la vulve et l'hypogastre. La paroi abdominale est incisée longitudinalement.

On incise la vessie, l'incision est de 4 centimètres. On passe un fil de soie sur les lèvres de l'incision vésicale et un aide les tient écartés. Avec un bistouri boutonné, on avive les bords de la fistule et on procède à la suture au fil de soie.

Les fils de soie sont passés à travers les lèvres de l'avivement vésical jusque dans le vagin et sont noués dans la vessie. On

refait le plancher de l'urètre. Une sonde à demeure est mise dans le canal et les tubes de Guyon-Périer sont introduits dans l'hypogastre.

Suites opératoires. — Pendant trois jours après l'opération la température est de 38°.

Au neuvième jour la sonde et les tubes de Guyon-Périer sont enlevés. Pendant quelques jours l'urine s'écoule par l'urètre et par l'hypogastre.

Quinze jours après la suture urétro-vaginale a cédé mais la fistule vésico-vaginale est guérie.

OBSERVATION XII

S. Duplay, 1896.

Fistule vésico-vaginale après hystérectomie. Intervention vaginale. Ouverture du péritoine. Insuccès. Opération transvésicale. Guérison.

Femme de 31 ans, domestique. Réglée à 13 ans, elle a eu trois grossesse menées jusqu'à terme et dont la dernière, il y a quatre ans, s'est terminée par un accouchement long et laborieux qui a été le point de départ d'accidents divers ; prolapsus léger, métrosalpingite, péri-métrite et péri-salpingite.

Entrée à l'hôpital Beaujon au mois de décembre de l'année dernière, la malade fut opérée d'hystérectomie vaginale au cours de laquelle il y eut blessure de la vessie, suivie de la production d'une fistule vésico-vaginale.

La malade quitta l'hôpital le 15 février dernier pour entrer, le même jour dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Elle perdait involontairement toutes ses urines par le vagin ; cependant dans certaines positions il arrivait parfois qu'une petite quantité d'urine s'accumulait dans la vessie et était rendue par miction volontaire.

L'examen au spéculum me permit de constater l'existence d'une ouverture fistuleuse, occupant la partie la plus élevée de la paroi vésico-vaginale, située transversalement et mesurant environ 2 centimètres et demi et un demi à un centimètre dans

le sens antéro-postérieur. L'orifice de la communication avec la vessie était placé au fond d'un infundibulum assez profond, mais on parvenait sans trop de difficulté à le mettre à découvert.

Quoique l'accès de cette fistule ne fut pas très aisé, il me paraît néanmoins qu'il serait possible d'en pratiquer l'avivement et la suture par le vagin.

A la fin du mois de mars je procédai à l'opération ; j'éprouvais à la vérité quelques appréhensions relativement au danger possible de l'avivement des bords de la fistule correspondant au cul-de-sac vaginal et j'*avais lieu de craindre qu'à ce niveau, l'utérus manquant, la paroi vaginale ne fut très mince et très voisine du péritoine.* Je commençai l'avivement de ce côté, mais quoique procédant avec les plus grandes précautions et cherchant un avivement aussi superficiel que possible, j'avais à peine donné quelques coups de bistouri, que je vis un petit peloton graisseux faire hernie dans le vagin. Soupçonnant que c'était une frange épiploïque je repoussai ce peloton graisseux et immédiatement, à sa place, vint faire saillie une petite portion d'intestin, facile à reconnaître à sa coloration. En repoussant l'intestin avec un stylet, je constatai que comme je l'avais craint, le *fond du vagin* n'avait guère plus d'un millimètre d'épaisseur.

Renonçant à poursuivre l'opération, je fermai la petite perforation avec deux points de suture : je nettoyai et désinfectai avec soin le vagin, qui fut tamponné à la gaze iodoformée.

Sonde à demeure dans la vessie.

Aucune suite fâcheuse mais la fistule persistait dans le même état.

Abandonnant l'idée de traiter celle-ci par l'avivement et la suture, je fis plusieurs tentatives pour obtenir par la cautérisation, soit au thermo, soit au galvanocautère, soit avec les acides,

une surface granuleuse que j'aurais ensuite réunie par quelques points de suture. Mais rendu timide par la connaissance de l'extrême minceur de la paroi vaginale, je ne pus jamais produire les eschares suffisantes pour fournir une plaie susceptible d'être réunie par seconde intention. C'est alors que je me décidai à pratiquer la suture intravésicale de la fistule après cystotomie sus-pubienne.

Opération pratiquée le 15 juillet avec le concours de M. Clado.

Après les précautions d'usage : bain, purgatif, antisepsie de la région abdominale, de la vulve et du vagin, la malade, étant soumise aux inhalations d'éther, est placée en position de Trendelenburg ; on commence par laver la vessie avec de l'eau boriquée puis on garnit le vagin de gaze iodoformée. Enfin on place dans le rectum le ballon de Petersen qui est distendu modérément. La vessie reste à peu près vide et ne renferme qu'une très petite quantité de liquide.

Incision médiane, immédiatement au-dessus du pubis, de 10 à 12 centimètres.

On arrive sans difficultés sur la vessie, que l'on ponctionne d'abord, puis on agrandit l'incision et on place de chaque côté, à travers toute l'épaisseur de la paroi vésicale, trois fils suspenseurs.

L'incision vésicale ne mesure guère moins de 10 centimètres. On découvre aussitôt et avec la plus grande facilité la fistule placée transversalement au niveau du bas-fond de la vessie, de forme ovalaire, présentant environ 2 cm. 1/2 dans son plus grand diamètre et un centimètre dans le diamètre antéro-postérieur. Elle est située au fond d'un infundibulum peu profond, ses bords sont minces et violacés.

A l'aide d'une longue pince à dents de souris et d'un bistouri

coudé sur le plat, on procède peu à peu au décollement de la muqueuse vésicale que l'on sépare de la paroi vaginale.

Ce décollement circulaire, qui a pour effet de dédoubler le pourtour de la fistule est fait largement dans une étendue d'au moins 1 centimètre sans qu'il y ait d'écoulement de sang notable.

Ce premier temps opéré, il ne reste plus, avant de procéder à la suture, qu'à aviver légèrement les bords de la bande annulaire résultant du décollement Cet avivement se fait avec des ciseaux courbés et se borne à l'excision d'une petite étendue du bout libre de la muqueuse décollée, n'excédant pas 2 millimètres.

La suture comprend deux plans : l'un portant sur la paroi vaginale, l'autre sur la paroi vésicale. La première devant rester extravésicale, est faite avec la soie et à l'aide d'une aiguille courbe ordinaire. On place ainsi dans le sens antéro-postérieur trois points de suture qui, une fois serrés, ferment déjà hermétiquement la fistule du côté du vagin.

Pour la suture de la muqueuse vésicale, on se sert du catgut moyen, que l'on passe avec l'aiguille de Reverdin courbe. Trois fils sont placés d'avant en arrière, comme les fils de la suture profonde.

Lorsque cette suture est achevée, la fistule se trouve exactement fermée du côté du vagin et du côté de la vessie où elle apparaît maintenant sous l'aspect d'une ligne transversale dont les bouts sont exactement rapprochés et forment une légère saillie sous forme de crête.

Ce temps capital de l'opération étant achevé, on procède à la réunion de la plaie vésicale hypogastrique et de la plaie abdominale.

Deux plans de sutures réunissent la plaie vésicale : l'un sur la muqueuse, l'autre sur la musculeuse : tous deux au catgut.

Pour la plaie de la paroi abdominale on réunit d'abord par un surjet au catgut le tissu cellulo-adipeux prévésical et les couches musculaires profondes, puis par des points séparés au fil d'argent les muscles et la peau. Un petit drain est placé à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Pansement à la gaze iodoformée et à la ouate, légèrement compressif.

Mèche de gaze iodoformée dans le vagin. Sonde de Sims à demeure.

Suites opératoires. — Elles ont été des plus simples. La température n'a jamais dépassé 38°. La malade a peu souffert. Le petit drain laissé à l'angle inférieur de la plaie abdominale a été enlevé le troisième jour. La gaze qui remplissait le vagin extraite avec précaution le quatrième jour n'était pas souillée d'urine et a été renouvelée. Les fils d'argent ont été enlevés le neuvième jour ; la plaie était réunie sauf au niveau du drain ainsi que nous le dirons.

La sonde de Sims a été assez mal supportée mais cependant on a pu la conserver jusqu'au quinzième jour.

Aucun écoulement d'urine par le vagin depuis l'opération. La malade qui éprouva d'abord des besoins très fréquents arrive peu à peu aux conditions de la miction normale.

Nous devons seulement mentionner l'incident suivant: le trajet du drain placé à l'angle inférieur de la plaie abdominale qui ne s'était pas cicatrisé après avoir donné issue pendant quelques jours à un liquide muco-purulent assez abondant a laissé écouler vers le quatorzième jour une petite quantité d'urine. Mais cette fistule vésico-hypogastrique s'est rapidement fermée et le

9 août, c'est-à-dire moins d'un mois après l'opération la malade quittait mon service entièrement guérie et conservant à peine un peu de ténesme vésical.

Nous avons reçu de ses nouvelles encore tout récemment et la guérison ne s'est pas démentie. La santé générale qui laissait beaucoup à désirer est aussi devenue excellente.

En terminant je veux seulement attirer l'attention d'une façon toute particulière sur le manuel opératoire suivi dans le cas précédent, c'est-à-dire sur le mode d'avivement et de suture. Le dédoublement de la paroi vésico-vaginale au pourtour de la fistule, les deux rangs de sutures ; l'une profonde et extra-vésicale, l'autre superficielle et intra-vésicale me paraissent en effet devoir être adoptées à l'avenir comme le seul procédé capable d'assurer le succès de l'opération.

OBSERVATION XIII

Everke, 1897.

Fistule vésico-vaginale. Trois interventions par voie vaginale. Echecs. Quatrième intervention par voie transvésicale. Guérison.

Femme qui à la suite d'un accouchement eut une fistule vésico-vaginale. Elle fut opérée trois fois à la clinique de Kœnigsberg.

Lorsqu'elle vint consulter elle présentait une petite fistule vésico-vaginale qui fut fermée le 20 juin 1891.

Malgré cela la femme continua à perdre ses urines. C'est alors qu'ayant pris connaissance de l'opération de Trendelenburg, Everke voulut tenter l'opération par voie haute.

Le 2 juin 1897 il débride le vagin qui était fortement rétracté et constate qu'il existe sous une tumeur grosse comme un œuf de poule, une grande fistule vésico-vaginale.

Opération haute le 4 juin. Position inclinée, ouverture de la vessie. L'intérieur de la vessie apparaît distinctement et entre les deux uretères commence la fistule qui remonte en haut et en arrière ayant une largeur de 5 centimètres. Avivement difficile de la fistule et suture endovésicale à la soie.

Suture de la plaie vésicale supérieure. Sonde à demeure. Guérison sans incident.

Examen le 21 juillet. La malade garde bien ses urines il n'y

a plus aucun suintement à l'examen de la vessie avec une sonde on sent des incrustations calcaires et on extrait par voie naturelle six fils incrustés. Quand on remplit la vessie il ne s'écoule rien par le vagin.

Enfin le 28 juillet, c'est-à-dire deux mois après l'opération, on retira encore deux fils incrustés et la malade ne se plaignit plus d'aucun trouble.

OBSERVATION XIV

SEGOND, 1901.

Fistule vésico-cervico-vaginale. Opérée sans succès par voie vaginale. Opération transvésicale. Guérison.

Il s'agit d'une femme que j'ai soignée il y a deux ans pour fistule vésico-utéro-vaginale consécutive à un accouchement difficile. Combien d'opérations antérieures? Je l'ignore. Je l'ai opérée moi-même trois fois. Une première opération vaginale ayant échoué, je fis une taille hypogastrique qui me permit d'attaquer la fistule par la vessie. Je vis alors que *l'orifice urétéral* confinait aux lèvres de la fistule : fatalement on le prenait dans les sutures et je m'explique ainsi les insuccès antérieurs. Redoutant la présence des fils au contact de l'urine à cause de la formation de calculs, je décollai toute la paroi vésicale gauche jusqu'à la fistule et c'est par la face externe de cette paroi (en dehors de la vessie par conséquent) que je fis la suture de la fistule avec de fins catguts. Ces fils étaient noués en dehors de la vessie et passaient sous la muqueuse sans la comprendre dans leurs anses. Il n'y avait donc pas de contact possible entre eux et l'urine. Le succès ne fut que partiel ; il persista une petite fistulette dont je vins à bout dans une dernière intervention vaginale.

OBSERVATION XV

Rafin, 1901.

Fistule vésico-vaginale ayant succédé à une hystérectomie. Deux tentatives de suture par voie vaginale sans résultat. Suture par voie vésicale. Guérison. Calculs secondaires. Taille itérative. Guérison complète.

Mme de X..., 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 17 octobre 1901 parce qu'elle perd ses urines par le vagin.

Antécédents héréditaires. — Son père mort d'hémorragie cérébrale. Sa mère vivante et bien portante. Sa sœur albuminurique.

Antécédents personnels. — A l'âge de 9 ans elle a la fièvre typhoïde. Celle-ci se serait compliquée d'amnésie. Elle est réglée à 13 ans. La menstruation est régulière mais s'accompagne d'anémie assez marquée.

Elle se marie à 22 ans. Son mari bien portant, son fils très délicat a eu des convulsions dans son enfance puis est mort d'une fièvre typhoïde.

Sa fille est bien portante.

Elle est sujette aux douleurs rhumatoïdes. Il y a quatre ans elle a eu des douleurs sciatiques. Ses règles ont disparu à cette époque.

L'année dernière on lui découvre par hasard un fibrome dont la malade ne se doutait pas n'ayant donné lieu à aucun symp-

tôme. Elle n'a jamais eu d'hémorragie. On lui propose une intervention qui est acceptée.

30 août 1900. — Hystérectomie vaginale à Paris par le Dr X...

Cinq jours après elle perd ses urines par le vagin.

Le Dr Potherat chirurgien des hôpitaux de Paris qui fut alors appelé à lui donner ses soins découvrit au toucher vaginal, sur la paroi vaginale antérieure, une fistule ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs.

On met une sonde de Pezzer et on prescrit le repos au lit. La sonde est changée toutes les semaines.

Trois mois après la fistule n'est pas cicatrisée, les dimensions sont sensiblement les mêmes que lors du premier examen.

On propose une intervention par voie vaginale qui est acceptée.

7 décembre 1900. — Intervention par voie vaginale (Dr Potherat). On tente de suturer la perte de substance par 9 points séparés à la soie.

Deux points ont malheureusement sautés. Si bien qu'il persiste deux fistules.

25 décembre 1900. — On enlève la sonde de Pezzer. On fait trois injections vaginales par jour. Deux lavages vésicaux par semaine. La malade perd de nouveau ses urines par le vagin.

12 février 1901. — Deuxième intervention par voie vaginale (Dr Potherat). Le résultat ne fut pas parfait. La malade perdait moins d'urine. Dans le décubitus dorsal elle gardait quelques grammes d'urine et sentait nettement le besoin d'uriner.

Le décubitus latéral droit ou gauche provoquait l'écoulement d'urine par le vagin.

La malade vient habiter Lyon. Elle consulte alors le Dr Rafin.

A l'entrée à l'hôpital. — La malade perd ses urines en partie

par le vagin. Elle urine un peu par le méat, les mictions sont très peu abondantes.

Il existe un certain degré de capacité vésicale ; on peut injecter 50 grammes d'eau boriquée dans la vessie. Au repos dans la station assise, dans le décubitus dorsal, il n'y a pas d'écoulement d'urine dans le vagin ; au contraire dans la station debout et pendant la marche les urines s'écoulent entièrement par le vagin.

Au toucher vaginal dans le tiers supérieur de la cloison vésico-vaginale on sent un orifice dur, de direction surtout transversale, ayant les dimensions d'une pièce de 20 sous. Cet orifice admet l'index.

Le toucher vésical est rendu possible.

Par injection de liquide dans la vessie, on n'a pas de peine à reconnaître une fistule vésico-vaginale.

Capacité vésicale : 80 grammes.

Les urines sont un peu troubles, sans odeur. La réaction au tournesol est neutre.

Rien au cœur. Rien au poumon. Etat général bon.

La malade avait subi deux interventions par la voie vaginale. Autour de la fistule il existait un tissu dur, fibreux, peu propre à une troisième tentative d'avivement. Il y avait de l'infection vésicale.

Comment allait-on intervenir et par quelle voie?

La voie vaginale paraissait difficile en raison de la profondeur et de la fixité de la fistule. La suture aurait été pénible et probablement incomplète. C'est alors que M. le Dr Rafin songea à intervenir par voie vésicale :

1° Pour suturer plus complètement et en tissu meilleur.

2° Pour vérifier l'état de la vessie, enlever les calculs s'il y

avait lieu, mettre la vessie au repos et favoriser ainsi la réunion immédiate.

29 octobre 1901. — Intervention par voie vésicale. Anesthésie au mélange de Billroth sans incident.

Premier temps. — Taille hypogastrique suivant le manuel opératoire classique. Incision longitudinale de la paroi abdominale et de la vessie.

La vessie se déchire facilement sous les écarteurs.

Deuxième temps. — Avivement et suture. L'avivement a été fait de la façon suivante : d'abord incision circonférentielle qui enlève une certaine étendue de tissu fibreux constituant les bords de la fistule sur toute l'épaisseur de la paroi vésicale.

Puis deux incisions sont faites sur la muqueuse vésicale, en avant et en arrière de la fistule, sur une longueur de 1 cm. 1/2. Cette double incision comprend la muqueuse, une portion du tissu musculaire. Avec les ciseaux on décolle la muqueuse du tissu musculaire sous-jacent sur toute la longueur des incisions et de la fistule, de façon à constituer deux lambeaux, l'un droit, l'autre gauche, ayant au moins 1 centimètre de hauteur. Puis on fait les sutures.

1° Surjet à la soie très fine sur les bords vaginaux de la fistule n'intéressant pas la muqueuse vaginale et ne pénétrant pas dans le vagin tout en le fermant hermétiquement ;

2° Surjet à la soie fine rapprochant l'une de l'autre la base des deux lambeaux vésicaux. En d'autres termes le surjet est passé au niveau de l'angle que forment les deux lambeaux que l'on a obtenu de chaque côté en dédoublant la paroi vésicale ;

3° Le surjet au catgut chromique est intravésical. Il n'intéresse que les bords libres des deux lambeaux et enfouit les précédents.

Troisième temps. — Suture de la vessie et de la paroi abdo-

minale. On ferme la vessie, par points séparés au catgut Repin. On met les tubes de Guyon-Périer comme à l'ordinaire ; on met une sonde de Sims à demeure.

On ferme la paroi abdominale par deux plans :

Premier plan. — Musculo-aponévrotique au catgut chromique.

Deuxième plan. — Fil métallique.

Suites opératoires. — Le soir à 5 heures le tube de Guyon-Périer fonctionne bien.

La malade ne souffre pas.

L'état général est bon.

1er novembre 1901. — Les tubes n'ont pas fonctionné pendant la nuit. On les enlève car ils étaient probablement sortis de la vessie.

La sonde de Sims a été expulsée deux fois pendant la nuit.

La première fois elle a été remise immédiatement ; la deuxième fois elle n'a pu être placée que six heures après.

Nausées et vomissements qui peuvent être mis sur le compte d'une longue anesthésie.

La malade ressent parfois le besoin d'uriner et expulse à côté de la sonde et au prix de grandes douleurs un peu d'urine par le canal.

La soie, la sonde et les tubes fonctionnent bien ; toutefois quelques petites mictions s'effectuent autour de la sonde.

3 novembre. — La sonde a bien fonctionné. La malade ne s'est pas mouillée. Il n'est donc pas sorti d'urine par le vagin. La fistule vésico-vaginale est bien fermée.

Il sort une petite quantité d'urine par la voie hypogastrique. Il n'en sortait pas auparavant.

Les nausées persistent tout en diminuant de nombre et d'intensité. On donne un lavement purgatif qui est suivi d'une selle

copieuse. La température depuis l'opération n'a pas dépassé 38°5.

L'état général se maintient bon.

7 novembre. — Rien ne semble sortir par le vagin. On enlève la sonde de Sims.

On fait des lavages vésicaux à l'eau boriquée matin et soir car l'urine a un peu d'odeur.

8 novembre. — On continue les lavages vésicaux.

L'urine sort par la plaie hypogastrique. L'urine cesse de passer par la plaie hypogastrique le vingtième jour après l'opération et la fistule vésico-vaginale est définitivement tarie.

On a fait des lavages boriqués tous les jours puis tous les deux jours suivis d'un lavage nitraté à 0,25 °/₀.

Les urines étaient un peu troubles mais n'avaient plus d'odeur.

23 novembre. — La malade sort de l'hôpital. La plaie abdominale a les dimensions d'une pièce de deux francs, elle bourgeonne peu. L'état général est bon. Il en est de même de l'état local.

26 novembre. — On n'a pas fait de lavage depuis trois jours. Les urines sont un peu troubles et d'odeur ammoniacale. On fait un grand lavage boriqué.

7 décembre. — Hier la malade a souffert un peu et expulsé un petit fragment de catgut chromique. On fait un lavage boriqué; le soir elle souffre et expulse un débris de calcul blanc développé sur un fil et ayant les dimensions d'un haricot.

13 décembre. — Examen cystoscopique. La vessie est un peu congestionnée. Sur la face inférieure on voit la cicatrice grisâtre de la fistule guérie et dans le voisinage la muqueuse est irrégulière. On voit un petit corps blanc pédiculé sur la muqueuse.

30 janvier 1902. — La malade souffre un peu. L'examen cys-

toscopique révèle la présence d'un petit calcul, qui siège sur la ligne de suture en avant.

Lithotritie. Anesthésie à la cocaïne. Il sort au lavage de nombreux débris calculeux.

Aussitôt après, la cystoscopie montre une surface arrondie, un peu surélevée, avec une teinte, partie rouge foncée, partie blanche comme inscrustée.

11 mars 1902. — La malade a expulsé par l'urètre un morceau de fil en forme de nœud et des débris phosphatiques. L'urine est trouble, glaireuse, sans odeur, à réaction alcaline.

7 mai. — L'état de la malade ne fait que s'aggraver. Elle évacue fréquemment de petits graviers blancs, très rugueux qui produisent par leur passage de vives douleurs. Il y a huit jours rétention d'urine provoquée probablement par un calcul.

Mictions : toutes les deux heures au repos; toutes les heures quand elle marche.

La présence de calculs ayant été reconnue et la lithotritie faite, il est vrai, sans anesthésie générale, s'étant montrée insuffisante on propose la taille hypogastrique qui est acceptée.

10 mai 1902. — Taille hypogastrique. Après lavage boriqué préalable on fait une incision longitudinale de quinze centimètres pour corriger un peu l'éventration qui a succédé à la première taille. On a de la difficulté à trouver la vessie en raison du tissu cicatriciel qui la recouvre.

Celle-ci ouverte on trouve deux calculs appendus à des fils de soie. L'un d'eux pendant la manipulation se détache de son fil, on a soin d'accrocher soigneusement le fil qui se casse; c'est l'inférieur. Le supérieur est saisi avec prudence mais le fil se casse à peu près à la même hauteur. Au-dessus se trouve un point blanc qui se déchire lorsque je cherche à l'exciser; les cal-

culs ont la grosseur de petites noisettes. Le fil de soie est attiré mais il s'est brisé sur une mince traction. Au niveau du point où adhérait le fil inférieur il persiste une dépression sur la muqueuse vésicale. Sonde de Pezzer.

Suture de la vessie au catgut Repin n° 1 en ayant soin de ne pas empiéter sur la muqueuse. Cette suture est imparfaite à la partie inférieure.

Un deuxième point adosse non pas la vessie, mais les tissus fibreux qui la recouvrent.

On met un drain et une mèche qui descendent au contact de la partie inférieure de la partie vésicale.

L'aponévrose des droits est ouverte dans le sens de toute la longueur de l'incision pour corriger et prévenir l'éventration.

Suture de l'aponévrose au catgut chromique.

Suture de la peau au fil métallique.

Suites opératoires. — La température n'a pas dépassé 38° après l'opération.

Fin juin 1902. — La malade va bien. L'urine est acide.

5 décembre 1902. — L'urine est un peu louche, sans odeur, à réaction acide. Mictions : deux ou trois le jour, une la nuit.

La plaie est bien cicatrisée après plusieurs abcès. Légère éventration.

10 novembre 1908. — L'opérée a été suivie depuis quatre ans. Elle n'a présenté aucun trouble urinaire et son état de santé est très bon.

OBSERVATION XVI

DELBET, 1901.

Fistule large et adhérente au bassin. Insuccès vaginaux répétés. Suture par la voie transvésicale. Guérison.

Je me suis trouvé, il y a six ou sept ans, en présence d'une immense fistule vésico-vaginale, qui allait du col de la vessie au col de l'utérus, qui s'étendait du côté gauche, jusqu'à la paroi latérale du vagin et qui remontait du côté droit par une sorte de canal cicatriciel dans la direction du détroit supérieur.

Par une série d'opérations vaginales, je réussis à fermer la portion proprement vaginale de la fistule, mais l'écoulement d'urine persistait. En injectant des liquides colorés dans la vessie, je constatai qu'ils ressortaient par cet infundibulum cicatriciel dont j'ai parlé. J'essayai de le fermer par en bas, mais les parois étaient tellement rigides, que je ne pus arriver à aucun résultat.

Je me décidai à faire la taille hypogastrique ; la vessie ouverte, je constatai que l'orifice fistuleux remontait jusqu'au niveau du détroit supérieur et qu'en ce point ses bords étaient adhérents à l'os lui-même. Pour pouvoir faire une suture, je dus détacher à la rugine un lambeau comprenant le périoste de l'ilion fusionné avec la muqueuse vésicale.

Le résultat de cette opération fut très satisfaisant, mais pas parfait. J'ai eu des nouvelles de cette malade plusieurs années

après l'avoir opérée. Elle contenait bien ses urines en général, mais il arrivait quelquefois qu'un léger suintement se produisait par le vagin. Il est probable qu'il a persisté un petit pertuis haut situé, qui ne livre passage à l'urine que lorsque la vessie est distendue et seulement dans certaines positions.

OBSERVATION XVII

Imbert, 1902.

Fistule vésico-vaginale, opérée par la voie transvésicale. Guérison.

Le 15 mars 1908, à la Société de chirurgie de Marseille M. Imbert communique une observation de fistule vésico-vaginale juxta-cervicale ; la malade qui en était atteinte fut opérée à une époque où il n'était pas encore question de dédoublement.

M. Imbert pratiqua la taille hypogastrique et fit un avivement circulaire de l'orifice vésical de la fistule, après quoi il le sutura par un double plan de catgut et ferma complètement la vessie et l'hypogastre. La guérison survint sans incidents.

OBSERVATION XVIII

EVERKE, 1903.

Fistule vésico-vaginale volumineuse. Vessie adhérente. Intervention par voie transvésicale. Mort.

Femme E..., qui à la suite d'un accouchement difficile présente tous les signes d'une fistule vésico-vaginale. La fistule est grosse comme un écu et la vessie adhère fortement aux éléments du bassin. Il était impossible d'opérer par voie basse.

Opération haute le 9 octobre 1903.

Laparotomie, ouverture de la vessie. La fistule est située profondément dans la base de la vessie.

L'avivement se fait difficilement et dans la profondeur, suture dans le sens transversal par huit fils.

Fermeture de la vessie, drainage prévésical, sonde à demeure.

Anurie. Aussi refait-on une laparotomie le 11 octobre. On trouve les deux uretères dilatés, gros comme le doigt, on les sectionne et les implante dans la vessie. Drainage à la Mikulicz.

Il se fit un suintement abondant d'urine dans la cavité abdominale, la malade tombe dans le collapsus progressif et meurt le soir de l'intervention.

OBSERVATION XIX

Schwartz, 1904.

Fistule vésico-vaginale très large. Tentative infructueuse de colpocléisis. Opération par la voie transvésicale. Guérison.

Femme de 21 ans, présentant un vagin très étroit, avec large ouverture par laquelle se vidaient l'urine et le sang menstruel. Schwartz essaya un colpocléisis haut pour faire passer par l'urètre l'urine et le sang des règles; cette opération échoua.

Après quelque temps il pratiqua une cystostomie sus-pubienne il aviva la fistule, la sutura et sutura ensuite l'orifice de la cystostomie. Guérison. Continence.

OBSERVATION XX

VILLARD, 1906.

Fistule vésico-vaginale opérée par la voie transvésicale. Guérison. Insuccès antérieur de la voie vaginale.

Femme d'environ 30 ans. Large fistule de la dimension d'une pièce de quarante sous occupant la région du trigone et consécutive à un accouchement remontant à près de deux ans.

Une tentative d'intervention vaginale faite en dehors de Lyon a échoué.

La malade est placée en position fortement inclinée. Incision sus-pubienne médiane. Le péritoine est refoulé en haut après avoir été fortement décollé; de cette façon la vessie, sur sa face antérieure, est largement découverte.

On incise largement la face antérieure de la vessie et on place une valve à l'angle inférieur de la plaie.

L'orifice de la fistule est parfaitement visible et les bords atteignent les orifices uretéraux.

Les lèvres de la fistule sont disséquées; la paroi vésico-vaginale est dédoublée. On place sur le vagin un premier plan de catguts, un second sur la muqueuse, fermant ainsi complètement l'orifice.

Fermeture de la brèche antérieure de la vessie.

Une sonde est placée dans la vessie et retirée le huitième jour. A ce moment un peu d'urine suinte mais au bout de quelque temps la guérison se fait spontanément.

OBSERVATION XXI

EVERKE, 1907.

Fistule vésico-vaginale très considérable. Destruction presque complète du col. Vessie fixée. Une tentative par voie vaginale Echec. Seconde intervention par voie transvésicale. Guérison

A la suite d'un second accouchement laborieux, la femme V.... présente une fistule vésico-vaginale et de la fièvre puerpérale, pour laquelle elle resta quelques mois à la Clinique. Là on lui incise un abcès périrénal qui guérit.

Elle vient consulter le 7 octobre 1907, la fistule est grosse comme un écu, le col est en partie détruit on ne voit plus d'orifice cervicale.

Le 10 octobre 1907, on fait une vaine tentative de fermeture de la fistule qu'on ne peut mener à bien en raison des grandes dimensions de la fistule et de la fixation de la vessie au bassin. Aussi, immédiatement on met la malade en position déclive de Trendelenburg, taille hypogastrique, on ouvre la vessie. La fistule est avivée et on suture la plaie avec environ 40 fils de soie intravésicaux. Suture de l'ouverture vésicale à la Lambert. Fixation de l'utérus par ouverture péritonéale au-dessus de la vessie.

Drainage prévésical, on termine par suture de l'incision vaginale par le vagin, sonde à demeure. Guérison sans incident. Il ne persiste qu'une petite fistule de la grosseur d'une tête d'épingle.

La malade ressent bientôt des douleurs vésicales, il s'est formé des concrétions vésicales qui la font souffrir de plus en plus.

Le 25 juillet 1908, on essaie en vain d'introduire une sonde dans la vessie qui est remplie de calculs, pour obtenir la guérison.

Il faudra donc enlever les calculs vésicaux et fermer la fistule de la dimension d'une lentille qui persiste sur la paroi vaginale antérieure. La voie urétrale paraît peu pratique pour enlever tant de fils.

Aussi le 25 juillet, nouvelle opération, position déclive, incision longitudinale de la paroi en dehors du péritoine, incision transversale de la vessie. On évacue environ une tasse de calculs, les uns aussi gros que des noix et avec eux toute une série de fils de soie. Il semble peu pratique de fermer par le haut la petite fistule enfouie derrière l'urètre. On ferme la plaie supérieure en laissant passer par la plaie une sonde à demeure.

Puis on met la malade en position de la taille on fait une incision paravaginale gauche de Schuchardt, on avive la fistule et on la suture. Sonde urétrale à demeure.

Cicatrisation sans incident.

La sonde à demeure hypogastrique est enlevée au bout de quelques jours, la sonde urétrale environ quatorze jours après.

Quatre semaines après la malade s'en va ayant un bon fonctionnement vésical. Depuis elle se porte très bien, elle peut garder son urine pendant plus d'une heure, l'urine s'évacue en jet sans douleur, elle n'a plus aucun trouble urinaire.

Les fonctions utérines sont de même normales.

Les concrétions s'étaient formées autour des fils de soie : à leur centre on reconnaissait le nœud des soies.

OBSERVATION XXII

Villard, 1908.

Néoplasme du col. Hystérectomie totale. Wertheim. Guérison avec fistule vésico-vaginale. Deuxième intervention par la voie transvésicale. Suture de la fistule. Guérison.

La malade est opérée le 12 décembre 1907 pour un cancer utérin. On trouve un néoplasme du col ayant déjà infecté le tissu cellulaire en avant et en arrière de l'utérus. On fait une hystérectomie totale. On dissèque sur une assez grande longueur les uretères et l'on est obligé d'enlever une partie postérieure des tuniques vésicales.

Excellentes suites opératoires. Persistance d'une fistule vésico-vaginale.

La vessie se rétracte, l'orifice de la fistule s'élargit.

La malade part le 30 décembre 1908 avec persistance de la fistule, les urines sont claires.

Mars 1908. — La malade revient pour se débarrasser de la fistule urinaire. La cicatrice vaginale de l'intervention est absolument souple, l'état général de la malade est florissant et on ne peut trouver aucune trace apparente de récidive. Il existe dans la paroi antérieure du vagin une perforation vésicale pouvant admettre facilement l'index.

L'intervention est décidée et pratiquée par la voie haute quelques jours après l'entrée de la malade.

Laparotomie en position fortement inversée. Incision sus-pubienne médiane. Le péritoine pré-vésical décollé est fortement refoulé en haut et la face antérieure de la vessie est totalement mise à découvert.

Longue incision de cette face antérieure. Une valve est placée dans l'angle inférieur de la plaie vésicale.

On aperçoit alors facilement l'orifice de la fistule dont les bords sont tangents aux orifices urétéraux.

Dissection des lèvres de la fistule, dédoublement de la paroi vésico-vaginale ; deux plans de sutures au catgut oblitèrent l'orifice, l'un placé sur le vagin, l'autre sur la muqueuse.

La fermeture paraissant parfaite et la vessie n'étant pas infectée, fermeture totale de la brèche vésicale antérieure. Une sonde à demeure est laissée dans la vessie. Elle est retirée au bout de huit jours et la guérison de la fistule est définitive. La malade sort au bout de trois semaines.

En juin elle revient dans le service du professeur Villard.

Le cancer a récidivé et la malade meurt le 24 juillet 1908.

L'autopsie est pratiquée. La vessie recueillie est parfaitement cicatrisée, il n'existe aucune trace de fistule.

OBSERVATION XXIII

Denis (d'Alger), 1908.

Fistule vésico-vaginale haute. Intervention par la voie transvésicale. Reste une fistulette.

Femme de 38 ans, fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale faite en 1907.

Entrée au mois de juillet 1908 dans le service du Dr Denis, chirurgien des hôpitaux.

La fistule siège très haut sur le vagin, elle est inabaissable. L'orifice admet l'extrémité de l'index. Les urines passent en totalité par le vagin. La vessie est infectée, les urines sales, la malade a des crises douloureuses à point de départ vésical et à irradiations pelviennes.

La cystite est soignée, des grands lavages sont faits; en bouchant avec un doigt l'orifice vaginal de la fistule, on arrive peu à peu à rendre à la vessie une capacité presque normale.

L'intervention est pratiquée en octobre 1908.

Taille transversale, position inversée. La vessie ouverte est provisoirement suturée aux plans superficiels de la paroi abdominale, l'orifice fistuleux apparaît en arrière au trigone vésical. Forme régulièrement arrondie de la perte de substance.

La muqueuse vésicale est épaisse et rouge, il est difficile de voir les orifices urétéraux.

Le dédoublement des parois vésico-vaginales est fait sur une

largeur de 1 cm. 1/2, après qu'on a sectionné tout autour de la fistule une mince collerette comprenant vessie et vagin.

Le dédoublement est relativement facile ; la vessie se détachant bien du plan rigide représenté par la paroi vaginale.

La suture est faite au catgut et avec les aiguilles courbes de Hagedorn.

Le plan vaginal est mince et sclérosé, il cède sous la traction des fils et se fissure. Le plan de suture vésicale paraît beaucoup meilleur. La vessie est refermée en laissant un orifice médian par lequel sort un drain dont l'autre extrémité passe par l'urètre.

Drainage de l'espace prévésical.

L'opérée est placée dans son lit et couchée sur le côté. Le lendemain l'urine s'est entièrement écoulée par les deux extrémités du drain, rien n'a suinté par le vagin. La situation demeure favorable pendant dix jours. A ce moment un fil lâche, et il se forme une petite fistulette qui persiste encore le 16 octobre 1908. Les dimensions actuelles de la perte de substance sont si exiguës que l'on espère guérir cette fistule par la cautérisation.

OBSERVATION XXIV

ROCHET, 1910.

Fistule vésico-vaginale. Quatre opérations par voie vaginale. Insuccès. Opération transvésicale. Uretéro-cystonéostomie. Guérison.

E. V..., 37 ans, entre le 21 décembre 1908 dans le service de M. Rochet, pour une fistule vésico-vaginale, qui date de onze ans et est apparue après un accouchement au forceps très laborieux.

Deux mois après le début de sa fistule, la malade entre à l'hôpital Chambéry et subit une première intervention par voie vaginale, sans résultat appréciable. Dans les années qui suivirent, trois nouvelles interventions furent pratiquées, toujours par la voie vaginale, le bénéfice retiré de chacune d'elles fut toujours insignifiant : au moment de son entrée dans le service de M. Rochet, la malade continuait à perdre à peu près en totalité ses urines par le vagin et sa capacité vésicale était presque nulle.

A l'examen de la malade on constate les signes suivants : la partie inférieure du vagin est intacte ; on ne décèle pas sur la paroi intérieure d'orifice fistuleux. L'exploration de l'urètre montre l'intégrité du canal, qui ne présente ni perte de substance, ni atrésie d'aucune sorte. La partie haute du vagin, au niveau des culs-de-sac, est complètement modifiée et déformée ; la cavité vaginale est atrésiée, infundibuliforme ; il est impossi-

ble d'écarter ses parois et d'étaler les culs-de-sac vaginaux pour dégager le col de l'utérus. Celui-ci se distingue très mal dans le fond du vagin atrésié. Il semble que la disposition du col est telle que son orifice est dirigé presque directement à droite. La zone d'union du cul-de-sac antérieur et du cul-de-sac latéral gauche, à gauche et en avant du moignon cervical, est sclérosée, cicatricielle ; elle se présente sous l'aspect d'une fente linéaire, au fond de laquelle doit déboucher vraisemblablement la fistule. Lorsqu'on pousse une injection dans la vessie, on voit le liquide apparaître immédiatement au niveau de cette rainure. Mais le liquide s'échappe en bavant d'une façon diffuse. On ne voit pas de jet de liquide net venant d'un orifice visible. Le cathétérisme de la rainure cicatricielle ne permet pas non plus de découvrir l'orifice de communication et d'y faire pénétrer le stylet.

En somme, par l'examen vaginal, on constate que le vagin est profondément déformé dans la région des culs-de-sac, que la fistule doit se trouver à ce niveau et siéger à gauche ; mais la vision nette de la fistule est impossible.

En présence de ces constations, toute idée d'intervention nouvelle par le vagin devait être écartée, sous peine de courir au-devant d'un nouvel échec. M. Rochet pensant à une participation de l'urètre à la fistule, proposa à la malade une intervention par voie hypogastrique, et la malade l'accepta.

Opération. — (9 janvier 1910), taille vésicale sus-pubienne par l'incision transversale.

Après l'ouverture de la vessie, la malade étant en position de Trendelenburg et la cavité vésicale étant mise en pleine lumière à l'aide de valves appropriées, on constate la présence de deux orifices fistuleux, qui présentent les caractères suivants :

L'un, gros comme une pièce de cinquante centimes, siège au

niveau de l'orifice vésical de l'uretère gauche. Cet orifice uretéral débouche au niveau du pôle supérieur de la fistule et fait partie intégrante du bord même de l'orifice fistuleux.

La deuxième fistule beaucoup plus petite que la précédente (tête d'épingle environ) siège à 2 centimètres au-dessous de la précédente, à gauche également et tout près de l'embouchure urétro-vésicale.

On s'occupe tout d'abord de l'oblitération de la fistule principale. La difficulté étant faite avant tout de la participation de l'uretère, les manœuvres opératoires comprennent, en conséquence, deux temps principaux.

1° La libération de l'uretère; 2° l'oblitération proprement dite. Dans le premier temps, après avoir engagé une sonde dans l'orifice de l'uretère, pour repérer aisément son trajet intra-pariétal, on commence par inciser la muqueuse vésicale sur une étendue de 2 centimètres, sur l'uretère ainsi cathétérisé. Les deux lèvres de la muqueuse incisée sont disséquées et la terminaison de l'uretère est alors dégagée, à partir de la fistule sur une étendue de 2 centimètres. Ce travail de dissection se passe dans l'épaisseur même de la couche musculeuse de la vessie, en veillant à ne pas inciser la paroi vésico-vaginale à ce niveau.

L'uretère ainsi dégagé est alors abandonné à l'angle supérieur de l'incision de la muqueuse vésicale, à 1 cm. 1/2-2 centimètres au-dessus de la fistule. On s'occupe alors de fermer celle-ci. On commence par dédoubler excentriquement, à partir des bords de la fistule, la cloison vésico-vaginale. Ce travail de dissection achevé on suture séparément les deux plans ainsi obtenus: brèche vaginale d'abord, brèche vésicale ensuite. La suture de la brèche vésicale est poursuivie en haut jusqu'à l'uretère, de telle sorte que celui-ci, une fois la suture vésicale achevée, débouche

dans la vessie à un travers de doigt plus haut qu'il n'y débouche normalement. Cet uretère se jette dans la vessie par une extrémité libre et saillante sur une longueur de 3 ou 4 millimètres. On suture cette terminaison à la muqueuse voisine, au moyen de deux fils fins de catgut.

La deuxième fistule est oblitérée en dernier lieu, par avivement et dédoublement. Mais ce travail opératoire est notablement plus difficile que pour la première. La difficulté tient à deux causes:

1° La situation plus profonde, plus éloignée de cette fistulette, située dans la zone vésicale la plus déclive, tout près du col ;

2° La gêne apportée dans l'avivement et la suture par le pli de la muqueuse vésicale, résultant de l'oblitération précédente. Ces difficultés font qu'à la fin de l'intervention, l'on n'est pas aussi satisfait de la fermeture de la fistulette que de celle de la fistule principale.

On termine l'opération en suturant la paroi antérieure de la vessie ; on place un tube-drain de la grosseur du petit doigt qui pénètre dans la vessie par le milieu non suturé de l'incision vésicale. On met, d'autre part, par l'urètre une sonde à demeure.

Suites opératoires. — Les suites opératoires immédiates sont satisfaisantes.

La température ne dépasse guère 38° et tombe au-dessous de 38° au bout de quelques jours. L'écoulement de l'urine dans le vagin est supprimé et pendant une quinzaine de jours la guérison semble absolument parfaite à ce point de vue.

A ce moment, la malade déclare un jour qu'elle a senti de nouveau l'urine couler par le vagin, quoique moins abondamment il s'agirait plutôt d'un simple suintement que d'un écoulement véritable.

La malade est examinée en position gynécologique, mais malgré toute l'attention apportée à cet examen on ne peut constater à ce moment *de visu* d'écoulement d'urine par le vagin.

Trois semaines après l'opération, la malade accuse des phénomènes nouveaux assez particuliers. Elle se plaint de douleurs extrêmement vives au niveau de la racine des adducteurs, vers les régions obturatrices, et l'écartement des cuisses exagère ces souffrances. Lorsqu'on appuie avec le doigt sur la région de la symphyse pubienne et sur le pubis, on détermine nettement, surtout à droite, l'éveil des douleurs. Il en est de même lorsqu'on empoigne à pleines mains les crêtes iliaques et qu'on cherche à les rapprocher transversalement l'une de l'autre. Il n'existe d'autre part aucun empâtement ni rougeur des téguments au niveau des régions osseuses, douloureuses, et la plaie hypogastrique paraît en bonne voie de cicatrisation.

Devant la persistance et l'acuité des douleurs, on intervient à nouveau, le 20 février 1909, cinq semaines après la première intervention et on met à jour la région de la symphyse et des pubis. On constate alors des lésions nettes de chondrite et d'ostéite nécrosante occupant la moitié supérieure de la symphyse et des corps des pubis, surtout du pubis droit, les os sont rugueux, dépourvus de périoste au niveau de leur face vésicale et dans le pubis droit on trouve un véritable séquestre. On enlève progressivement à la pince gouge toutes les parties osseuses et articulaires malades ; la moitié supérieure de la symphyse, le corps du pubis droit jusque près du trou obturateur, la portion du pubis gauche attenant à la moitié supérieure de la symphyse, sont ainsi réséqués.

Les suites de cette intervention sont très simples, les douleurs cessent rapidement, et la plaie hypogastrique continue sa cica-

trisation. La malade peut bientôt se lever, et l'on peut constater que la solidité de sa ceinture pelvienne n'est pas compromise.

Cependant, la malade continue à se plaindre de son suintement d'urine par le vagin. M. Rochet procède à un nouvel examen et peut déceler cette fois, en poussant dans la vessie une injection d'eau bouillie un petit jet liquide filiforme sur la paroi vaginale antérieure, à 4 centimètres environ du méat. Il s'agit, à n'en pas douter, de la fistulette basse, dont l'oblitération n'avait pas été satisfaisante et qui donne toujours. Il paraît heureusement facile et simple d'en achever l'aveuglement par le vagin, par simple avivement et suture ; c'est ce qui se fait au début de mai 1909.

Dans la même séance, on procède également à l'avivement et à la suture de la fistulette hypogastrique. La guérison des deux fistulettes s'obtient en quelques jours.

Un mois après la malade quitte le service complètement cicatrisée de sa plaie hypogastrique et définitivement débarrassée de ses fistules vésico-vaginales. Elle est minutieusement examinée à ce point de vue avant son départ, à plusieurs reprises. On injecte dans la vessie 150 à 200 centimètres cubes de liquide, sans que rien ne s'écoule par le vagin.

M. Rochet pratique la cystoscopie avant le départ de la malade. Il n'observe aucun orifice anormal. Il voit d'autre part que l'orifice vésical de l'uretère gauche, d'où s'écoule de l'urine, est nettement visible sous forme de rainure allongée et est remonté par rapport à celui de l'uretère droit ; il se trouve à 1 cm. 1/2 environ au-dessus et un peu en dehors de sa place normale. Il est malheureusement impossible d'en faire le cathétérisme.

OBSERVATION XXV

Chevassu, 1911.

Fistule vésico-vaginale. Opération vaginale. Insuccès. Opération transvésicale. Guérison.

Mme S..., 21 ans, entrée à Necker le 10 juin 1911 pour fistule vésico-vaginale. Cette fistule est consécutive à une hystérectomie vaginale faite à la Lariboisière le 17 décembre 1910. Le 9 janvier 1911 M. Chaput à suturé la fistule par le vagin en s'aidant d'une large libération paravaginale droite ; au dixième jours lors de l'ablation de la sonde à demeure les urines repassent par le vagin.

Actuellement la malade perd ses urines constamment, qu'elle soit debout ou couchée. Cependant elle peut en garder environ une cuillerée à soupe, mais elle n'éprouve jamais le besoin d'uriner. Lorsqu'on met à la malade couchée une sonde à demeure, la sonde draine parfaitement les urines, qui ne coulent plus par le vagin.

Au toucher on sent au fond du vagin une zone indurée rappelant vaguement un col utérin, à son centre est un petit trou, l'orifice fistuleux ; il occupe juste le dôme vaginal ; on y fait entrer facilement un stylet ; du liquide coloré injecté dans la vessie ressort par la fistule. Par ailleurs le vagin est étroit, cicatriciel. La longue cicatrice de la deuxième opération sort du bord

droit de la vulve pour s'étendre loin dans la région fessière elle présente encore une fistule purulente au niveau de la vulve.

Cystoscopie. — On injecte sans difficulté 200 centimètres cubes d'eau dans la vessie. Cette eau n'est évacuée dans le vagin que petit à petit ; après un lavage prolongé, car la vessie est assez sale, on peut pratiquer une excellente cystoscopie. Elle montre :

1° Les deux orifices uretéraux normaux ;

2° Plus haut un repli transversal devant lequel se trouve un petit polype ;

3° Derrière ce repli un trou profond, sorte de diverticule au fond duquel on parvient à voir un stylet introduit par le vagin.

Étant donné l'état cicatriciel du vagin, l'absence du col utérin, l'échec de la première intervention vaginale, je me décide à faire d'emblée une intervention par voie haute ; la malade est d'ailleurs dans un état moral déplorable ; elle ne parle de rien moins que de se suicider si l'intervention échoue.

Opération le 22 juin 1911. — Chloroforme, aides : Clap (interne), Lepinay (externe) et Krebs (moniteur).

Laparatomie médiane sus-pubienne, ouverture verticale de la vessie. Mise en place de l'écarteur de Legueu. Un long dépresseur vésical mobile manié par un aide permet de bien voir la fistule. Cependant un autre aide soulève d'un doigt introduit dans le vagin, toute la zone opératoire. Elle devient plus visible encore lorsque la malade est mise en position inclinée. Pour soulever mieux encore la zone opératoire, je place à droite et à gauche un fil de traction. Je constate alors qu'en tirant sur les deux fils on détermine la formation d'une cavité hémisphérique dont la fistule occupe le fond.

Cette fistule a le diamètre d'une grande sonde cannelée, les

bords sont minces, cicatriciels, résistants sans souplesse; un dédoublement paraît difficile. Par contre il est tentant de profiter de la tendance à l'enfouissement que présente la fistule, dès qu'on soulève les parties voisines, et je me décide tout de suite à faire cet enfouissement.

L'avivement de toute la zone à enfouir est difficile au bistouri : Je fais à la curette tranchante, encore les tissus se laissent-ils dificilement entamer, tant ils sont cicatriciels.

Pour enfouir la fistule je passe à l'aiguille à pédale quatre catguts qui cheminent dans la paroi de la cavité hémisphérique et sortent de part et d'autre sur les lèvres. Les fils passés, je les noue en serrant modérément. Les deux parois antérieure et postérieure s'affrontent facilement; il y a de chaque côté plusieurs centimètres de tissus affrontés. Je termine le premier plan en nouant sur eux-mêmes les deux fils de traction. Le premier plan fait au catgut n° 2 est alors enfoui sous un fin surjet au catgut n° 0.

La suture terminée fait une ligne transversale de 3 centimètres environ. Cela n'a pas l'air de tirer. Cela saigne à peine, mais un peu tout de même.

Ablation du petit polype aux ciseaux; il avait un petit pédicule imperceptible qui ne saigne pas de manière appréciable. Malgré mon désir de fermer la vessie complètement, j'estime qu'il est plus prudent de laisser un drain dans la paroi vésicale.

Suture de la vessie par un surjet total au catgut, interrompu à sa partie moyenne pour laisser passer un tube coudé de Guyon-Périer. Suture musculaire au catgut, suture cutanée au crin.

Sonde de Pezzer par l'urètre, la malade, emportée dans son lit, est placée en position latérale. On doit faire toutes les deux

heures une injection de 10 centimètres cubes d'eau bouillie par la sonde de Pezzer.

Suites opératoires. — 22 juin au soir. — Les sondes fonctionnent bien, l'urine est à peine sanguinolente. Température 36°7.

23 juin. — Les urines de la nuit ont été légèrement sanglantes. Température 37°2. Pouls 96. Vers midi la malade se plaint d'avoir senti couler quelque chose. Par le vagin je vérifie les sondes. Elles fonctionnent parfaitement, il n'y a plus de sang.

24 juin. — On a dû changer à 11 heures la sonde de Pezzer, qui était bouchée ; heureusement le tube coudé fonctionnait. Je vois la malade à 4 heures. Elle se plaint de sa vessie, je défais le pansement qui est un peu sali le long du tube de Perrier. Les sondes fonctionnent assez bien.

Le lavage des sondes fait sortir de la vessie de nombreux grumeaux purulents. Je prescris des lavages vaginaux très doux.

25 juin. — On a constaté à 7 h. 1/2 du matin que le tube de Périer ne fonctionnait plus. Heureusement la sonde urétrale n'était pas bouchée. J'enlève les tubes coudés et la sonde de Pezzer, qui ne sont d'ailleurs bouchés ni l'un ni l'autre. Je mets un autre tube coudé et remplace la sonde de Pezzer par une sonde béquille en gomme n° 19, qui sera changée quotidiennement.

27 juin.— Ablation du tube coudé par lequel rien ne s'écoule. Ablation du drain.

La plaie abdominale ne laisse pas passer l'urine ; elle se cicatrise lentement.

Le 13 juillet (21e jour). — Ablation de la sonde à demeure, rien ne passe par le vagin. La malade se croit obligée d'uriner toutes les demi-heures et se plaint de ne pas éprouver des besoins d'uriner.

Je lui demande de n'uriner que lorsqu'elle aura besoin. Elle se met dès lors à uriner naturellement.

Examen du 25 juillet. — La malade urine toutes les trois ou quatre heures et la nuit une seule fois. Les mictions se font sans douleur. L'urine est claire. Le toucher vaginal est toujours sensible. Au fond du vagin l'induration s'était atténuée, mais légèrement seulement. La cystoscopie est facile, la capacité vésicale est parfaite. On voit très bien les deux cicatrices : celle de la paroi vésicale antérieure est étoilée, celle de la fistule est linéaire. On ne voit pas trace du catgut.

Le 26 juillet, la malade est présentée à la Société de Chirurgie.

OBSERVATION XXVI

CHEVASSU, 1911.

Fistule vésico-vaginale. Calcul vésical.
Opération transvésicale. Echec.

C. S...,44 ans, ménagère, entrée le 31 juillet 1911 à la Clinique des voies urinaires de Necker. Hystérectomisée quinze mois auparavant pour un épithélioma utérin étendu, par mon collègue et ami A. Schwartz, qui me l'adresse. Elle présente depuis cette époque une fistule urinaire vaginale. Depuis deux mois la malade peut garder ses urines pendant quelques minutes. Elle constate, à cette occasion, que ses urines sont troubles. Actuellement la malade urine toutes les cinq ou dix minutes, si elle attend plus longtemps les urines passent par le vagin. Ses mictions sont d'ailleurs très douloureuses.

On commence par mettre à la malade une sonde à demeure. On constate que ses urines sont extrêmement troubles. Il existe au fond du bocal un dépôt abondant, visqueux, sanguinolent. Il existe une double cicatrice sur la paroi abdominale antérieure. La vessie est sensible à la pression.

Le rein droit est perceptible et douloureux à la pression. L'état général est très médiocre. L'aspect franchement cachectique.

Au toucher vaginal on sent au fond du vagin un petit orifice bordé par des lèvres dures ; sur une hauteur de quelques milli-

mètres l'aspect est tout à fait celui d'une boutonnière, le reste du vagin est souple. Je n'ai pas l'impression d'une récidive néoplasique.

Au spéculum on voit en avant de la cicatrice du fond du vagin à peu près sur la ligne médiane une tache rouge déprimée légèrement et dont le centre est fongueux : c'est l'orifice de la fistule.

Une sonde uretérale peut y être introduite non sans douleur. J'arrive à en introduire une assez grande longueur : 20 centimètres environ.

La cystoscopie est facile ; on peut injecter dans la vessie 225 centimètres cubes de liquide. Il ne s'écoule par le vagin que très lentement. Après un bon nettoyage du milieu vésical, on voit parfaitement l'intérieur de la vessie. Congestion intense du bas-fond. Ecchymoses dans les deux zones urétérales. Au-dessus du bas-fond, mamelons irréguliers très congestionnés. En bas et à droite une masse rouge noirâtre irrégulière qu'on pouvait prendre pour une récidive néoplasique, mais qui n'est en fait qu'un calcul. Trois petits graviers sont parfaitement reconnaissables alentour.

On ne voit pas la fistule, mais on voit parfaitement la sonde uretérale passée par l'orifice vaginal ; elle entre dans la vessie derrière deux volumineux mamelons situés au-dessus de la zone urétérale.

Il serait possible, grâce à la souplesse du vagin, d'agir sur la fistule par la voie vaginale, mais étant donné la coexistence des calculs vésicaux, il y a une indication précieuse à passer par la voie haute.

Opération le 10 août 1911. Aides : MM. Clap (interne) et Lepinay (externe).

Laparotomie delicate à travers les cicatrices anciennes, le péritoine adhérent est ouvert en un point et tout de suite refermé. Incision verticale de la vessie. Ecarteur de Legueu. Un dépresseur mobile de la paroi postérieure est confié à un aide. Ablation du calcul qui est mou, friable, s'écrase dans la pince. Je dois l'enlever sur une curette. Il a les dimensions d'une cerise. J'ai pu constater en l'écrasant plus tard qu'il contenait à son centre un fil de lin avec son nœud.

On voit bien les deux orifices uretéraux, ils sont entourés par une auréole rouge, diffuse, à aspect inflammatoire. J'introduis facilement une sonde uretérale dans l'orifice droit et n'insiste pas. La fistule est plus haut, à un centimètre et demi environ au-dessus de la ligne idéale interuretérale derrière un bourrelet saillant qui empêche de la voir mais au doigt je sens très bien une sorte de boutonnière analogue à celle qu'on sentait par le vagin et j'y introduis ma sonde cannelée que sent le doigt vaginal de mon aide destiné à soulever la fistule et à déplisser la vessie.

Je passe d'abord deux fils vésicaux de chaque côté de la fistule pour la soulever ; ils ne soulèvent pas grand'chose.

Comme je vois très mal la fistule, cachée où elle est derrière un bourrelet vésical, je me contente de l'aviver à la curette avec l'intention de rabattre sur elle le bourrelet qui la cache. Je cherche pour cela à passer des catguts pressants en arrière de la fistule toute l'épaisseur de la paroi vésicale, et traversant en avant le bourrelet ; mais je n'arrive pas à faire de bonne prise en arrière, et quatre fils coupent successivement les tissus tout à fait friables. J'arrive cependant à en passer un cinquième pris plus largement, qui ferme la fistule, puis à côté un deuxième. Mais étant donné l'état de cachexie de la malade je pense que l'opération a suffisamment duré et m'arrête sans faire d'autres points,

sans enfouir le premier plan sous un surjet. Il y a maintenant entre le doigt vaginal de mon aide et mon doigt dans la région de la fistule une épaisseur appréciable des tissus, mais il n'est pas douteux que sa fermeture est insuffisante et je ne me fais pas grande illusion sur le résultat.

Avant de suturer la vessie j'enlève sur la paroi postérieure, à droite de la ligne médiane, un petit calcul en colonne, dont l'extrémité se trouvait logée dans une sorte de niche. En enlevant ce calcul, il est venu avec lui un fil de lin long de 1 centimètre environ.

Sonde béquille en gomme à demeure.

Suture de la vessie aux deux extrémités de manière à laisser juste le passage pour un tube coudé. Drainage sus-pubien par un petit drain.

Petit lavage vésical; il ne sort pas de caillots.

Suites opératoires. — Je suis parti le lendemain de l'opération et n'ai revu la malade qu'un mois plus tard. Pendant ce temps elle a été confiée aux soins de M. Heitz-Boyer, mon chef de clinique.

Les quatre premiers jours, la température est montée progressivement chaque soir, atteignant 39°2 le soir du 13 août, puis elle est redescendue pour être normale à partir du 16 août.

Pendant toute cette période, on a fait des légers lavages vésicaux fréquents à l'eau bouillie, et des lavages vaginaux légers également.

Le drain prévésical sus-pubien a été enlevé le 14 août.

Le 16 août, on a fait dans la vessie un lavage au nitrate d'argent, qui a fait sortir par le tube coudé des bouchons purulents.

Le 17 août, en faisant le lavage vaginal, on constate que le liquide injecté par le vagin ressort par la sonde vésicale. On

s'assure de cette communication en injectant par le vagin du permanganate.

Le 18 août, on remplace le tube coudé par un drain vésical.

Quand j'ai revu la malade à mon passage à Paris le 9 septembre, elle perdait ses urines par le vagin, comme auparavant ; elle a quitté l'hôpital le jour même.

En somme, la malade n'a retiré de l'opération qu'un bénéfice partiel :

1° Elle ne souffre plus ;

2° Ses urines sont presque claires ;

3° Son état général est infiniment meilleur.

La suture faite dans une vessie partiellement septique sur des tissus fongueux et se déchirant facilement a été pratiquée dans des conditions mauvaises. Il eût été préférable de faire d'abord une cystostomie de nettoyage (sous anesthésie locale) et de n'entreprendre la suture de la fistule qu'une dizaine de jours plus tard.

La malade devait revenir après les vacances, pour subir une opération nouvelle dans des conditions meilleures. Je l'ai revue en effet en novembre, mais elle se trouve tellement améliorée, perdant peu d'urine par le vagin si elle a la précaution d'uriner toutes les demi-heures, et ne souffrant plus, qu'elle remet à plus tard l'opération projetée.

OBSERVATION XXVII

Segond, 1900.

Fistule vésico-vaginale traitée quatre fois sans succès par la voie vaginale. Cinquième intervention par la voie sus-pubienne. Guérison.

J'ai eu l'occasion de recourir à la taille sus-pubienne pour traiter une fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.

Trois tentatives de suture par voie vaginale avaient échoué déjà quand la patiente se confia à moi. J'en fis une quatrième moi-même sans plus de succès. Devant l'impossibilité d'obtenir un abaissement de la fistule suffisant pour me permettre de la suturer d'une manière convenable par en bas, je me décidai à procéder par taille sus-pubienne. Bien que la vessie fut très rétractée, il m'a été cependant possible de mener l'opération à bien et d'obtenir enfin l'occlusion de l'orifice fistuleux.

OBSERVATION XXVIII

MARION, 1911.

Fistule vésico-vaginale haute. Intervention transvésicale. Guérison.

Femme M..., 28 ans, couturière. Entre le 20 novembre salle Lailler, lit n° 21 (malade dont le Dr Marion a déjà communiqué l'observation à la Société de Chirurgie).

Malade envoyée par M. Arrou et qui présentait une vaste fistule consécutive à un accouchement, fistule située près du col de l'utérus, donc haute, plus large qu'une pièce de deux francs et adhérente par son bord externe droit au squelette du bassin. En raison de la situation profonde de cette fistule fixée au bassin et de l'étroitesse du vagin rétréci par des brides cicatricielles la voie transvésicale est décidée.

Opération le 25 novembre 1911. — Incision verticale. Mise en place de l'écarteur : la vessie se laisse facilement étaler malgré sa rétraction datant de plusieurs mois.

La fistule apparaît : elle siège au-dessus, en arrière et un peu en dedans de l'orifice uretéral droit. L'espace est suffisant pour qu'on en dédouble facilement les lèvres vésicale et vaginale et on s'aide du doigt pour détruire les adhérences du bassin.

Suture du plan vaginal par un surjet en bourse, suture du plan vésical par des points séparés. On retire l'écarteur et l'on

ferme la vessie par deux plans de sutures en laissant la place pour un drain vésical coudé.

Suture de la paroi.

Sonde à demeure (Pezzer).

La malade est couchée sur le côté les premiers jours.

Le drain est retiré au bout de huit jours. La sonde au bout de quinze jours.

Il reste une très petite fistulette insignifiante qui ne commence à donner qu'une fois la vessie distendue par 200 grammes de liquide.

Sort le 16 décembre. La fistulette guérit spontanément par la uite.

OBSERVATION XXIX

MARION, 1912.

Fistule vésico-vaginale très haut située. Vagin bridé et rétréci. Intervention par voie transvésicale. Guérison.

Femme F..., 46 ans, couturière entre salle Lailler, lit n° 22 le 14 mars 1912.

Il s'agit d'une fistule consécutive, à un accouchement ancien, fistule déjà traitée une fois par voie vaginale sans succès.

Cette fistule est très élevée, difficile à voir par le vagin bridé et retréci si bien qu'on en apprécie mal les dimensions. Incontinence complète. Pour les raisons précédentes on intervient par voie vésicale.

Opération le 16 mars 1912. — Incision verticale. On va chercher la vessie derrière le pubis, on l'ouvre et on l'écarte. La fistule siège très haut au-dessus de la ligne interuretérale et sur la ligne médiane, elle est grosse comme un gros crayon.

On en dédouble les bords et on suture la tranche vaginale en bourse, la paroi vésicale par des points séparés au catgut (3 points). On place un drain coudé et on ferme le reste de la plaie vésicale par deux étages de sutures.

Sonde de Pezzer à demeure.

Suites tout à fait normales.

Le tube et la sonde sont surveillés et fonctionnent bien, la sonde est changée au quatrième jour.

Le tube est enlevé au dixième jour et la sonde au dix-huitième jour.

On peut alors vérifier que la guérison est complète et la continence des urines parfaite.

La malade sort le 7 avril après qu'on lui a fait une cystoscopie : les cicatrices apparaissent sous forme d'étoiles plus pâles.

OBSERVATION XXX

MARION, 1912.

Fistule vésico-vaginale basse voisine des uretères. Cystoscopie impossible. Intervention par voie transvésicale. Guérison incomplète.

Femme R..., 38 ans. Entrée le 20 mars 1912, salle Lailler.

La malade est espagnole et ne parle pas le français. On sait seulement que sa fistule est consécutive à un accouchement difficile. Elle a eu 3 accouchements qui tous ont été pénibles mais le dernier surtout qui date de sept mois. C'est à la suite de ce dernier que la fistule apparut.

L'incontinence des urines est totale et a causé un érythème très étendu de la vulve et de la face interne des cuisses.

Quand on écarte les lèvres on voit que le col utérin est très abaissé, mais ce prolapsus ne s'augmente pas dans la station debout, le col reste à l'entrée du vagin.

Au spéculum on découvre la fistule à l'endroit où la muqueuse vaginale se replie pour venir s'attacher au col utérin. Sur les bords de la fistule fait saillie la muqueuse vésicale.

Cette fistule est très large et permet d'introduire facilement deux doigts dans la vessie. Elle intéresse l'origine de l'urètre.

Il s'agit donc d'une fistule basse, mobile, car on pourrait l'attirer sur le col utérin, mais en raison de ses dimensions on pense que les orifices uretéraux doivent être très proches et la cys-

toscopie étant impossible, on décide d'intervenir par la vessie.

Opération le 26 mars. — Incision verticale. La vessie est facilement séparée, ouverte et étalée avec l'écarteur de Legueu. On voit alors que la fistule est de forme ovale, très large et occupe toute la largeur du trigone. Elle est proche des orifices uretéraux par son bord supérieur, mais laisse cependant un espace suffisant pour qu'on puisse placer les sutures. On procède donc au dédoublement de ses bords, de la lèvre inférieure d'abord, puis de la lèvre supérieure.

Le plan vaginal est suturé par points séparés au crin de Florence pour obtenir plus de solidité. Le plan vésical par points au catgut fin, ces deux sutures sont dirigées transversalement, comme la fistule elle-même.

Suture complète de la vessie par deux plans, sans drainage vésical haut. Sonde de Pezzer à demeure n° 19.

Pansement avec tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

La malade est mise dans le décubitus ventral pendant quelques jours.

Le 1er avril on enlève les mèches vaginales et on s'aperçoit alors que les sutures ont coupé une partie de la plaie, la partie gauche.

Injections vaginales.

Le 3 avril on retire la sonde à demeure mais la fistule reste toujours large et une injection poussée par la vessie ressort rapidement par le vagin.

On remet donc en place une sonde Pezzer dans l'espoir de voir la fistule se combler en partie.

La sonde est laissée jusqu'à la deuxième intervention tandis qu'on pratique chaque jour de petits lavages vésicaux. La sonde est changée tous les cinq jours.

Seconde intervention le 15 juin. — La fistule étant notablement rétrécie et de la dimension de la pulpe de l'index on décide d'en terminer la fermeture par voie vaginale puisque l'uretère est à distance suffisante.

On fait donc la section de quelques brides vaginales et on s'aide de l'incision vulvaire de Chaput. Les écarteurs mis en place on voit la fistule au fond du cul-de-sac antéro-latéral gauche du vagin et assez voisine du col utérin. On avive le bord de la fistule et on dédouble les deux plans vésical et vaginal en s'aidant de deux incisions latérales du vagin, de chaque côté des extrémités de la fistule. On affronte le plan vésical par deux points au catgut, le plan vaginal par quatre points du même catgut. Puis on fait une hémostase soignée de la brèche vulvaire qui est ensuite fermée par des points au catgut du côté du vagin, des crins du côté de la peau.

Tamponnement vaginal peu serré. Sonde à demeure. La malade n'est pas remise en position ventrale.

Le tamponnement vaginal est enlevé au bout de quatre jours et remplacé, puis il est retiré définitivement après huit jours. La sonde est surveillée de près, on la retire après trois semaines.

A ce moment la malade constate qu'elle perd encore quelques gouttes d'urine, aussi la sonde à demeure est replacée et laissée trois semaines encore.

Au bout de ce temps on pratique un nouvel examen : il persiste toujours un très large pertuis par lequel quelques gouttes de liquide font issue quand on remplit la vessie. La malade est laissée sans sonde et on constate qu'elle perd ses urines surtout par incontinence et en raison de la destruction partielle du sphincter.

Elle sort le 31 juillet.

OBSERVATION XXXI

MARION, 1912.

Fistule vésico-vaginale haute. Opérée antérieurement par voie vaginale. Intervention par voie vésicale. Guérison.

Femme V..., 62 ans. Entre salle Lailler, lit n° 16 le 27 décembre 1912.

La malade a subi le 10 octobre de la même année une hystérectomie vaginale pour néoplasme du col utérin. Elle garde une fistule vésico-vaginale post-opératoire pour laquelle elle est opérée sans succès par voie vaginale du 15 novembre.

C'est alors qu'elle vient dans le service, elle perd une bonne partie de ses urines par le vagin

Le vagin est rétracté, bridé, mais avec une valve étroite on découvre à sa partie supérieure et médiane une zone cicatricielle, blanchâtre, indurée et rétractile, au centre de laquelle existe une fistule par laquelle sourd l'urine. L'orifice de la fistule est de dimension moyenne. Il s'agit donc d'une fistule haute, fixe, inabaissable et on intervient par la vessie.

Opération le 14 janvier 1913 — Incision verticale un peu plus étendue que d'ordinaire car il s'agit d'une femme grasse. La vessie est ouverte et se laisse facilement déplisser avec l'écarteur.

La fistule siège à 1 centimètre au-dessus de la ligne interurétérale, elle est médiane, grosse comme un porte-plume et à distance des orifices uretéraux. L'orifice droit est vu nettement,

le gauche paraît perdu dans une cicatrice blanche où on ne peut le voir.

Avivement des bords, puis dédoublement facile des deux plans. La collerette vaginale est fermée en bourse au catgut, la collerette vésicale par deux points au catgut.

Assèchement puis fermeture de la vessie en deux plans au catgut.

Drain vésical coudé.

Sonde à demeure.

Les suites opératoires sont tout à fait normales, la malade reste couchée sur le côté, la sonde et le tube fonctionnent régulièrement; si bien que, au huitième jour, on enlève les fils et le drain. Au seizième jour la sonde à demeure.

Jusqu'alors le pansement vaginal était toujours resté humide sans qu'on puisse affirmer qu'il existait encore un écoulement d'urine par le vagin. Après l'ablation de la sonde et du pansement cet écoulement sembla devenir plus important et on conclut à un échec opératoire.

Le 15 février, on pratique un examen vésical complet : la vessie est garnie du liquide, mais malgré la distension l'écoulement vaginal n'augmente pas. On recommence l'expérience avec un liquide coloré de bleu de méthylène : le liquide qui s'écoule est incolore.

On fait une piqûre d'indigo-carmin puis une cystoscopie et l'on constate en effet que l'orifice uretéral droit donne lieu à une éjaculation régulière et bien colorée (après 10 minutes) alors que l'orifice gauche est absent et remplacé par une zone sclérosée. Il s'agit donc d'une fistule uretéro-vaginale associée.

Comme le rein droit est parfait au point de vue fonctionnel on fait une néphrectomie gauche le 25 février 1913.

OBSERVATION XXXII

Marion, 1913.

Fistule vésico-vaginale haut située consécutive à une hystérectomie totale. Voie transvésicale. Échec.

Femme G..., 28 ans. Entre salle Lailler, lit n° 2, le 29 mars 1913. Elle présente tous les signes d'un néoplasme du col utérin assez étendu au toucher et remontant cliniquement à cinq mois (métrorragies de plus en plus abondantes avec pertes roussâtres et fétides dans l'intervalle).

Le 5 avril on lui fait une hystérectomie abdominale totale élargie (Wertheim) en s'aidant de sondes uretérales pour repérer les uretères. Aucun incident opératoire, c'est seulement le quatrième jour après l'intervention que la malade se plaint d'être mouillée (probablement par chute d'une eschare) on met une sonde à demeure qu'on laisse jusqu'à cicatrisation complète.

Le 8 mai on fait un examen de la vessie. La fistule est petite puisqu'on peut remplir la vessie de liquide et pratiquer un examen cystoscopique et l'on peut ainsi constater l'existence d'une cicatrice rétractile et froncée au voisinage de l'orifice uretéral gauche, juste au-dessus et en dedans de lui. Bien qu'on ne voie pas l'orifice fistulaire il est certain qu'il est caché au fond de cette cicatrice et on juge prudent d'intervenir par voie haute, d'autant que la fistule est haute et qu'on manque de prise sur le col utérin.

Opération transvésicale le 31 mai. — Taille hypogastrique. Etalement de la vessie avec l'écarteur. On peut aviver et dédoubler les bords de la fistule sans crainte de blesser l'uretère, mais le dédoublement est poussé beaucoup plus loin du côté interne de la fistule que du côté externe voisin de l'uretère.

Suture du vagin par un point en bourse. Suture de la vessie par 3 points séparés, le tout au catgut.

La plaie ne suinte pas, on retire l'écarteur et on ferme la brèche vésicale par deux étages de sutures disposées de chaque côté d'un *drain vésical* coudé.

Fermeture de la paroi.

Sonde à demeure.

Mais le lendemain un peu d'urine s'écoule par le vagin et cet écoulement se reproduit à certains moments attestant, en raison de sa précocité, que les sutures ont certainement lâché.

Le 19 juin à l'examen au spéculum on voit en effet que la fistule persiste bien qu'elle semble un peu plus étroite.

La sonde à demeure est maintenue mais la malade la supporte mal, se plaint de douleurs vésicales et finalement quitte le service le 5 juillet gardant sa fistulette. Elle n'est pas revenue réclamer une nouvelle intervention.

OBSERVATION XXXIII

MARION, 1913.

Large fistule vésico-vaginale se compliquant d'ulcérations de la vulve. Cure par la voie transvésicale. Guérison.

Femme P..., 40 ans, ménagère. Entrée le 3 juin 1913, salle Lailler. La malade a été hytérectomisée pour rupture utérine dans un service d'accouchement trois semaines auparavant. La rupture utérine s'accompagnait de déchirure de la vessie qui fut suturée par la même occasion. Mais quelques jours après la malade commence à perdre ses urines par le vagin et n'émet plus par miction que quelques gouttes tous les quarts d'heure environ.

L'écoulement d'urine ainsi que les mictions provoquent des douleurs spontanées assez vives au niveau de la vulve.

A l'examen on constate en effet l'existence d'ulcérations multiples au niveau de la vulve. Une valve placée dans le vagin montre l'existence d'une fistule très large où l'on pourrait introduire deux doigts. Mais avant de prendre aucune détermination il convient d'attendre la cicatrisation complète de cette plaie et l'on place une sonde à demeure (soude de Pezzer) qui est laissée en place, tout en la renouvelant pendant un bon mois.

Les ulcérations vulvaires guérissent.

Opération transvésicale le 8 juillet 1913. — Anesthésie au chloroforme. On pratique la taille hypogastrique longitudinale, l'écarteur de Legueu est mis en place et on découvre facile-

ment les deux orifices uretéraux. La fistule est très petite et siège au milieu d'une cicatrice linéaire placée longitudinalement entre les deux uretères, un peu plus près de l'orifice droit, la fistule est reconnue et repérée en y laissant un stylet.

On pratique ensuite le dédoublement des parois vésicale et vaginale au bistouri coudé sur le plat. La paroi vaginale est suturée en bourse au catgut fin, la suture du plan vésical est faite par points séparés.

La cavité vésicale asséchée et explorée une dernière fois est fermée par deux étages de sutures qui laissent à la partie moyenne de l'incision un petit espace où l'on passe à frottement un drain coudé.

Sutures du plan musculo-aponévrotique de la peau au crin.

Sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires.— Les jours suivants la malade fait un peu de température le soir et se plaint bientôt de souffrir des jambes. A l'examen on reconnaît de l'œdème bilatéral et la présence d'un léger épanchement articulaire aux deux genoux, surtout à gauche, avec douleur le long des trajets veineux. Immobilisation.

A part cet incident les suites sont normales du côté de la plaie.

Le 16 on enlève les fils et le drain, laissant la sonde à demeure.

Le 27. — La malade ne perd plus ses urines et a une miction toutes les deux heures environ.

La malade reste néanmoins dans le service jusqu'au 9 octobre pour y traiter sa phlébite, elle sort à ce moment, refusant le massage et avec une impotence accusée du membre inférieur gauche.

Citons pour terminer deux cas de M. Rochet dont

nous avons parlé au sujet des interventions et qui nous intéressent uniquement au point de vue anatomo-pathologique.

OBSERVATION XXXIV et XXXV

Rochet

M. Rochet cite deux cas de fistules vésico-vaginales où la taille sus-pubienne dans le premier et la cystoscopie dans le deuxième cas lui a permis de constater que le bord même de la fistule se trouvait à fleur de l'orifice uretéral. La cure de la fistule n'a pas pu être pratiquée chez ces deux malades pour des raisons indépendantes de la volonté des chirurgiens.

RÉSULTATS

Au nombre des observations que nous rapportons figurent deux cas attribués à Bardenheuer ; ces cas cités par tous les auteurs précédents ne nous semblent pas avoir le même caractère d'autenthicité que nos autres observations. En effet malgré toutes nos démarches il nous a été impossible non seulement d'obtenir confirmation, mais de trouver trace de ces interventions heureuses. En conséquence si, faisant confiance à ces auteurs nous publions ces deux cas (dont du reste le développement manque) et les reproduisons dans notre tableau récapitulatif, bien que ces deux observations viennent à l'appui de notre opinion et se terminent par des guérisons nous n'en tiendrons pas compte dans ce chapitre et tablerons nos pourcentages uniquement sur les cas connus et dûment contrôlés.

Sur les 25 observations que rapporte Gourwitch dans sa thèse (1912), celui-ci constate que la guérison a été complète dans 15 cas, ce qui porte le *chiffre des guérisons à* 60 °/₀, *la guérison fut incomplète dans spet cas* où la fistule persistait mais très réduite et facile à

guérir consécutivement par une petite intervention ; enfin le résultat *fut nul dans les trois derniers cas*, et sur ceux-ci deux appartiennent à Trendelenburg et furent la rançon des premières tentatives faites par voie suspubienne.

Nous apportons en plus dix autres observations, une de Segond, 1900, et trois qui appartiennent à Everke et qui ont été jusqu'à présent omises par les auteurs ayant traité cette question et six à M. Marion, sur les dix cas *il y eut sept guérisons complètes, une guérison incomplète* due en partie à la destruction du sphincter urétral, *un résultat nul* sur une fistule d'origine trop récente, enfin *un cas de mort* par ligature des deux uretères (Everke).

Enfin, dans tous ces cas il y eut quatre *fois production de calculs secondaires* autour des fils non résorbables *et une seule fois fistule hypogastrique.*

On voit donc que le chiffre des guérisons est au total très élevé et justifie amplement l'efficacité de l'opération transvésicale, surtout si l'on tient compte que toutes ces malades se présentent dans des circonstances défavorables et parfois après de nombreuses autres interventions. Ce résultat a toujours été obtenu après *une seule* intervention transvésicale.

Tableau général des interventions par voie transvésicale

OPÉRATEURS	ANNÉE	NATURE DE LA FISTULE	RÉSULTATS par voie transvésicale	DÉTAILS PARTICULIERS
1. **Willy Meyer**	1884	Fistule vésico-vaginale très grande. Adhérente.	Insuccès	Ultérieurement colpocléisis.
2. **Willy Meyer**	1884	Fistule haute, grande et adhérente	Insuccès	Ultérieurement colpocléisis.
3. **Trendelenburg**	1889	Fistule haute et adhérente au squelette	Guérison	
4. **Trendelenburg**	1889	Fistule haute et adhérente	Guérison	
5. **Mac Gill**	1889	Ablat. néoplasme vésical. Suture immédiate de la fistule	Guérison	
6. **Mac Gill**	1890	Fistule haute	Guérison	
7. **Baumm**	1890	Fistule haute et grande	Guérison incomplète	Persistance d'une fistule hypogastrique
8. **Bardenheuer**	1891	Très large fistule adhérente	Guérison	
9. **Bardenheuer**	1891	Large fistule vésico-vaginale	Guérison	Une première intervention vaginale avait été suivie d'insuccès. La fistule était considérablement agrandie.
10. **Trendelenburg**	1892	Fistule haute et adhérente au squelette	Guérison	Lithiase secondaire.
10 *bis*. **Léopold**	1892	Fistule vésico-utérine haute	Guérison	Carie du pubis (antérieure).
11. **Pousson**	1894	Fistule urétro-vésico-vaginale	Guérison incomplète	Deux échecs antérieurs par voie vaginale. La fistule urétrale persiste.
12. **Duplay (S.)**	1896	Fistule haute, suite hystérectomie	Guérison	Une intervention vaginale antérieure avait fait ouvrir le péritoine. Issue des anses intestinales. Insuccès de la voie vaginale.
13. **Everke**	1897	Fistule vésico-vaginale très haute	Guérison	Trois échecs antérieurs par voie vaginale.
14. **Second**	1900	Fistule vésico-cervico-vaginale	Guérison	Très nombr. échecs vag. ant. L'uretère proche était pris dans les sutures.
15. **Rafin**	1901	Fistule haute, suite hystérectomie	Guérison	Deux opérations vag. ant. avec insuccès. Lithiase secondaire.
16. **Delbet**	1901	Fistule adhérente	Guérison	Insuccès antérieurs de tous les procédés vaginaux.
17. **Imbert**	1902	Fistule juxta-cervicale	Guérison	
18. **Everke**	1903	Fistule large para-uretérale	Mort	Les deux uretères cachés et non répérés furent liés.
19. **Schwartz**	1904	Fistule large et adhérente	Guérison	Un colpocléisis avait échoué antérieurement.
20. **Villard**	1906	Fistule très haute et large	Guérison	Insuccès antérieur par la voie vaginale.
21. **Everke**	1907	Fistule très grande. Destruction du col. Vessie fixe	Guérison	Une intervention vaginale antérieure sans résultat.
22. **Villard**	1908	Fistule après hystérectomie pour cancer	Guérison	
23. **Denis**	1908	Fistule vésico-vaginale haute et inabaissable	Guérison incomplète	Persiste une petite fistulette.
24. **Rochet**	1910	Fistule invisible. Vagin atrésié	Guérison	Urétéro-cystonéostomie.
25. **Chevassu**	1911	Fistule vésico-vaginale. Absence col utérin	Guérison	Echec antérieur par voie vaginale. Ablation d'un polype vésical.
26. **Chevassu**	1911	Fistule suite hystérectomie. Calcul vésical	Insuccès	
27. **Segond**	1911	Fistule vésico-vaginale. Suite hystérectomie	Guérison	Quatre interventions antérieures par voie vaginale.
28. **Marion**	1911	Vaste fistule. Suite accouchement. Adhérence par bord externe, étroitesse du vagin bridé	Guérison	Reste une fistulette qui guérit spontanément par la suite.
29. **Marion**	1912	Fistule très haute. Vagin bridé et rétréci	Guérison	
30. **Marion**	1912	Fistule basse très large, mais uretères très proches	Guérison incomplète	2 interv. sont nécessaires. Dans la 1re les fils coupent la paroi mauvaise. Guér. incompl. à la 2e int. par suite de destruct. part. du sphincter.
31. **Marion**	1912	Fistule haute, suite hystérect. (cancer). Vagin bridé	Guérison	Une intervention vaginale antérieure. Sans succès.
32. **Marion**	1913	Fistule haute. Néoplasme concomittant. Pas de col	Insuccès	Mauvais état du tissu. Certaines sutures ont lâché.
33. **Marion**	1913	Large fistule se compliquant d'ulcérations de la vulve	Guérison	Phlébite. Léger œdème post-opératoire.

CONCLUSIONS

La cure de certaines fistules vésico-vaginales, par voie transvésicale justement dénommée opération de Trendelenburg est de nos jours une intervention dont les indications et la technique sont connues et bien précisées, mais néanmoins une intervention peu employée comme en témoignent le nombre assez restreint d'observations publiées. Nous avons pu en réunir 33, dans ce nombre 6 sont complètement inédites et sont dues à l'obligeance de notre maître M. Marion.

Bien que la voie vaginale soit sans conteste la voie habituelle, l'opération de choix, puisqu'elle donne directement accès sur la fistule, la voie transvésicale, voie indirecte, est un des meilleurs procédés de secours auxquels on peut et on doit recourir chaque fois que la première devient difficile, impraticable ou dangereuse. C'est-à-dire qu'elle sera indiquée :

1° Chaque fois que la fistule n'est pas abaissable facilement à la vulve, que le vagin soit bridé, sclérosé ou rétreci, ou que la fistule soit fixée par des brides sclé-

reuses ou encore que le col utérin ne puisse servir d'intermédiaire de traction.

2° Chaque fois que de nombreuses interventions vaginales auront échoué la voie vésicale est alors un procédé infiniment supérieur au colpocléisis autrefois préconisé.

3° Chaque fois enfin que l'on suspectera, après cystoscopie ou examen direct, la fistule d'être voisine d'un ou des deux orifices uretéraux. La voie vésicale est dans ces cas à la voie vaginale ce que l'hystérectomie abdominale est à l'hystérectomie vaginale.

Dans les conditions sus-énoncées la voie transvésicale ou *cystorraphie interne* doit être préférée et peut être utilisée sans arrière-pensée, car elle n'a alors aucune contre-indication, ni la rétraction vésicale par cystite ou péricystite dont on triomphe facilement, ni la crainte d'une fistule hypogastrique, rare et facile à guérir, pas plus que le danger d'infection vésicale avec calculose secondaire dont la cause est connue et facile à éviter.

Par contre la voie transvésicale présente alors plusieurs avantages :

1° Elle donne un accès large, une parfaite exposition de la région à opérer : on voit au fond de la vessie aussi bien que dans le bassin lors d'une hystérectomie abdominale.

2° Elle permet de disséquer la paroi vésicale facilement et aussi loin qu'il le faut pour obtenir une colle-

rette qui obture facilement, sans traction, la perte de subtance, si large soit-elle, car la muqueuse vésicale reste toujours souple et l'on peut attirer autant d'étoffe qu'il est besoin.

3° Enfin cette méthode permet un double et excellent drainage de la vessie mise au repos, conditions extrêmement favorables à une bonne cicatrisation.

Les résultats obtenus confirment d'ailleurs complètement ces avantages. Si l'on ne peut dire que l'opération transvésicale soit des plus simples à exécuter, du moins est-elle assez facile pour qu'on ne puisse lui objecter sa complexité. La voie transpéritonéale, à qui l'on reconnaît les mêmes indications est peut-être encore d'une technique plus simple et indiquée dans quelques cas particuliers (fistule consécutive à une hystérectomie ou fistule vésico-utérine) mais elle expose à l'infection du péritoine si les sutures lâchent et elle ne permet pas de vérifier aussi facilement et aussi sûrement la situation des orifices uretéraux.

La technique opératoire ne donne à signaler que quelques points particuliers :

1° La taille hypogastrique sera verticale.

2° La vessie sera largement évasée avec l'écarteur de Legueu placé à son intérieur et muni de son dépresseur postérieur.

3° Les bords de la fistule seront *dédoublés* assez loin pour obtenir des lambeaux faciles à mettre en contact.

4° On fera la suture séparée des deux plans, vaginal et vésical, au *catgut ordinaire* noués dans la vessie et placés de telle sorte qu'il ne reste pas d'espace libre entre les deux plans.

5° Enfin on terminera par un drainage double, hypogastrique et vésical, qu'on enlèvera le premier après huit jours, le second au quinzième jour environ.

Vu : le Président de la thèse
LEGUEU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — *Méd. opérat des voies urinaires.*

Bardenheuer. — Verchluss von sehr grosser vésico-vaginal Fisteln (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 18 mai 1891, p. 500). *XX*e *Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zù Berlin.*

Baumm. — *Archiv. für Gynækologie*, Berlin, 1890, XXXIX, 3, p. 422.

Berger-Bazy. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg. de Paris*, 1897, p. 142-190.

Boari. — *Clinica Chirurgica*, 1908, t. XVI, p, 996.

Chénieux. — Du méat hypogastrique et de l'épiséorraphie appliquée au traitement de certaines fistules urétro-vésico-vaginales. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1906, p. 21.

Chaput. — Du débridement vulvo-vaginal, *VI*e *congrès de Chirurg.*, p. 618, 1892.

Chevassu. — *Bul. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, Séance du 31 janvier 1912, p. 183 (Rapport de M. Michon).

Delbet (Pierre). — *Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 13 nov. 1901.

Deroubaix. — *Traité des fistules urogénitales chez la femme*, Paris, 1870.

Dittel. — Abdominales Blasenscheidenfisteln opération. *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1893, p. 449.

Doumerg. — Traitement des fistules vésico-vaginales par voie hypogastrique (*Thèse de Monpellier*, 1894-1895).

Duplay (S.). — Traitement des fistules vésico-vaginales par la suture intravésicale (cystorraphie interne). *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1895, p. 585.

Emmet. — Incurable vesico-vaginal fistula a new method of treatement by supra pubic cystotomy. *Americ. Journal of Obstetric*, mai 1895, p. 595 et 730.

Everke. — Die operation grosser fixierter Blasenscheidenfisteln nach Trendelenburg. *Zeitschrift für Gynæk. Urologie*, t. I, n° 4, avril 1909, p. 193.

Faure (J.-L.) et Siredey. — *Traité de Gynécologie médico-chirurgical.*

Forgue. — De l'opération transpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-utéro-vaginales. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1906, p. 503.

Freund. — Eine neue operationzùr Schliessung gewiner Harnfisteln beim Weibe, *Samml. Klin. Vortrag.*, 1895. N.F., n° 118.

Fritsch. — *Centralblatt für gynækologie*, 1898, n° 45.

Gourwitch. — La chirurgie vésicale des fistules vésico-vaginales, *Thèse de Paris*, 7 février 1912.

Hartmann. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 7 février 1912.

Imbert. — *Soc. de Chir. de Marseille*, 15 novembre 1906.

Kelly. — Historique de la fistule vésico-vaginale, 37e *congrès annuel de la Société américaine de Gynécologie.* Baltimore, 28-30 mai 1912.

Legueu (F). — *Traité chirurgical d'urologie*, Article : fistules vésico-vaginales.

— De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales opératoires. *Archives urologiques de la clinique de Necker*, fascicule 1, page 1.

Marion. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* Séance du 31 janvier 1912.

Le cathétérisme des uretères à vessie ouverte. *Journal d'urologie*, t. II, 1912, p. 707.

Madelung. — *Corresp. Blatt. des allgemein. Meklemb. Bertzvereins*, 1889, n° 137.

MARTIN. — Etude sur le traitement des fistules vésico-vaginales en particulier sur leur traitement par le procédé du dédoublement (*Thèse de Paris*, 1897).

MICOLIER. — De l'opération combinée abdomino-vaginale dans le traitement des fistules vésico-vaginales (*Thèse de Lyon* 1909).

PAKOWSKI. — La néphrostomie moyen de dérivation permanente ou temporaire des urines totales (*Thèse de Paris*, 1913).

PAPIN. — De l'implantation des uretères dans l'intestin. *Journ. de Chir.*, 1908, p. 197.

POUSSON. — De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico vaginales et vésico-intestinales *Communic. au 8e Congrès français de Chir. — Sem. méd., Paris*, 10 oct. 1894 *et Archiv. provinc. de Chirur.* t. III. n° 13 décembre 1894.

POZZI. — *Traité de Gynécologie.*

RAFIN. — Fistule vésico-vaginale opérée par voie transvésicale. *Lyon médical* 1903, p. 213.

ROCHET. — *Quelques données de clinique et thérapeutique urinaire*, 1906.

ROCHET ET MULLER. — Fistules vésico-vaginales compliquées de participation uretérale à la fistule. Leur traitement opératoire. *Annales des mal. des organes gén. urin.*, 1910, p. 1057.

ROSENTHAL (Jacob). — (Observation de Léopold). An operation for the cure of vesico-cervical fistula by the sectio alta, with recovery (with two illustrations) *The American journ. of obst. an diseases of women an Children* t. XXVII. Mars 1893, p. 321.

SCHAUTA. — *Monatschr. für Geb. ù Gyn.*, t. VIII.

SCHWARTZ. — Un cas d'opération transvésicale de fistule vésico-vaginale. *Lienicki Viestink*, 1904, n° 7 (Kroatich),

SIMON (G.) — Zur operation der Blasenscheidenfisteln. *Wien. med. Wochenschrift*, 1876, n° 27.

SEGOND. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* Séance du 10

oct. 1900, t. XXVI, p. 912, et séance du 13 janvier 1912, p. 188.

Surin. — L'opération des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale (*Thèse de Lyon*), 1908-1909.

Teynac. — De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales (*Thèse de Bordeaux*, 1895).

Thiers. — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale (*Thèse de Lyon*, 1903-1904).

Tichow. — Uber die Transplantation des ureters in den Mastdarm. *Chirurg. Wratschebnaja gaseta*, 1907, n° 51.

Trendelenburg. — Ueber Blasenscheidenfistelnoperation und ueber Beckenhochlagerung bei operationen in die Bauchhohle. *Sammlung Klin. Vortrage*, n° 355, 1890. Zur Opération der Blasencheidenfistel von der Blase aus. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892, n° 23. *Und Deutsch. Med. Vochenchrift*, 1893, p. 973.

Tweedy (H.) — Cure of vésico vaginal fistula by abdominal section. *The journal of Obst. and Gynec. of the Britisch. Empire*, t. XX, n° 2, août 1911.

Violet et Murard. — Le traitement par le colpocléisis élevé des fistules urinaires vaginales consécutives à l'hystérectomie abdominale avec évidement pelvien pour cancer utérin. *Lyon Chir.*, 1er août 1912, p. 144.

Vitrac. — Le décubitus ventral permanent dans le traitement de la fistule vésico-vaginale. *Rev. mensuelle de Gyn. d'Obstet. et de Pédiatrie de Bordeaux*, déc. 1899 et janvier 1900.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

I. — Historique. 1
II. — Technique opératoire. 17
I. — Soins préliminaires. 17
II. — Moment de l'intervention 18
III. — Préparation de la vessie et du vagin. . . . 19
IV. — Instrumentation. 20
V. — Opération 21
Premier temps. — Taille hypogastrique 21
Deuxième temps. — Dédoublement des bords de la fistule 25
Troisième temps. — Sutures 28
Quatrième temps. — Fermeture de la vessie et de la paroi. Drainage 33
VI. — Suites opératoires et soins consécutifs . . . 34
VII. — Discussion de certains points de technique. Autres procédés. 37
Premier temps. — Taille hypogastrique 37
Deuxième temps. — Avivement ou dédoublement. 40
Troisième temps. — Matériel de suture. Différentes manières de le placer 42
Quatrième temps. — Drainage. Sondes. Drains. . 44
III. — Indications opératoires. 47
I. — Indications tirées de la fistule du même . . . 48
Origine 48
Dimension 48
Siège 49

II. — Complications 55
1° Sclérose périfistulaire 55
2° Brides vaginales et sclérose. 56
3° Cordes pelviennes 58
4° Conditions physiologiques spéciales. 58
5° Absence de col utérin 59
6° Cystite et péri-cystite 59
III. — Utilité de la cystoscopie. Calculs. Polypes. . 62
IV. — Indications de chaque voie. Inconvénients. . 63
Voie vaginale 63
Voie haute : Voie transvésicale 64
Voie transpéritonéale 68
Opérations de dernière ressource. Colpocléisis. Episiorraphie. Fistules artificielles vagino-rectales. Néphrostomie. Réfection de vessie, etc. 72
IV. — Observations 74
I. — Willy Meyer 76
II. — Willy Meyer 77
III. — Trendelenburg 79
IV. — Trendelenburg 82
V. — Mac Gill. 84
VI. — Mac Gill. 87
VII. — Baumm 89
VIII. — Bardenheuer 94
IX. — Bardenheuer. 94
X. — Trendelenburg. 95
X *bis*. — Léopold 99
XI. — Pousson 104
XII. — S. Duplay 107
XIII. — Everke 113
XIV. — Segond 114
XV. — Rafin 115
XVI. — Delbet 123
XVIII. — Imbert. 125
XVIII. — Everke. 126
XIX. — Schwartz. 127
XX — Villard. 128

XXI. — Everke 129
XXII. — Villard 131
XXIII. — Denis 133
XXIV. — Rochet. 135
XXV. — Chevassu 141
XXVI. — Chevassu. 146
XXVII. — Segond 151
XXVIII. — Marion 152
XXIX. — Marion. 154
XXX. — Marion 156
XXXI. — Marion. 159
XXXII. — Marion. 161
XXXIII. — Marion 163
XXXIV. — Deux observations de Rochet non opérées. 165
V. — Résultats. 166
VI. — Tableau général des interventions 170
VII. — Conclusions 173
VIII. — Bibliographie 177

Gravures

Planche I. — On voit la fistule dédoublée : le plan vésical est relevé en collerette et laisse voir le plan vaginal sur lequel est passé le fil en bourse . . 29
Planche II. — Les points séparés sont placés sur le plan vésical avec l'aiguille de Reverdin et l'un d'eux est déjà noué. On remarquera dans ces deux clichés la position de l'écarteur placé à l'intérieur de la vessie. 31

MAYENNE, IMPRIMERIE CH. COLIN